

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Alfred-Isidore KLEIN

Né le 5 Juillet 1879 à UNTERTÜRKHEIM (Wurtemberg)

LES CÉSARIENNES Suprasymphysaires

REVUE CRITIQUE

Président : M. le Professeur P. BAR

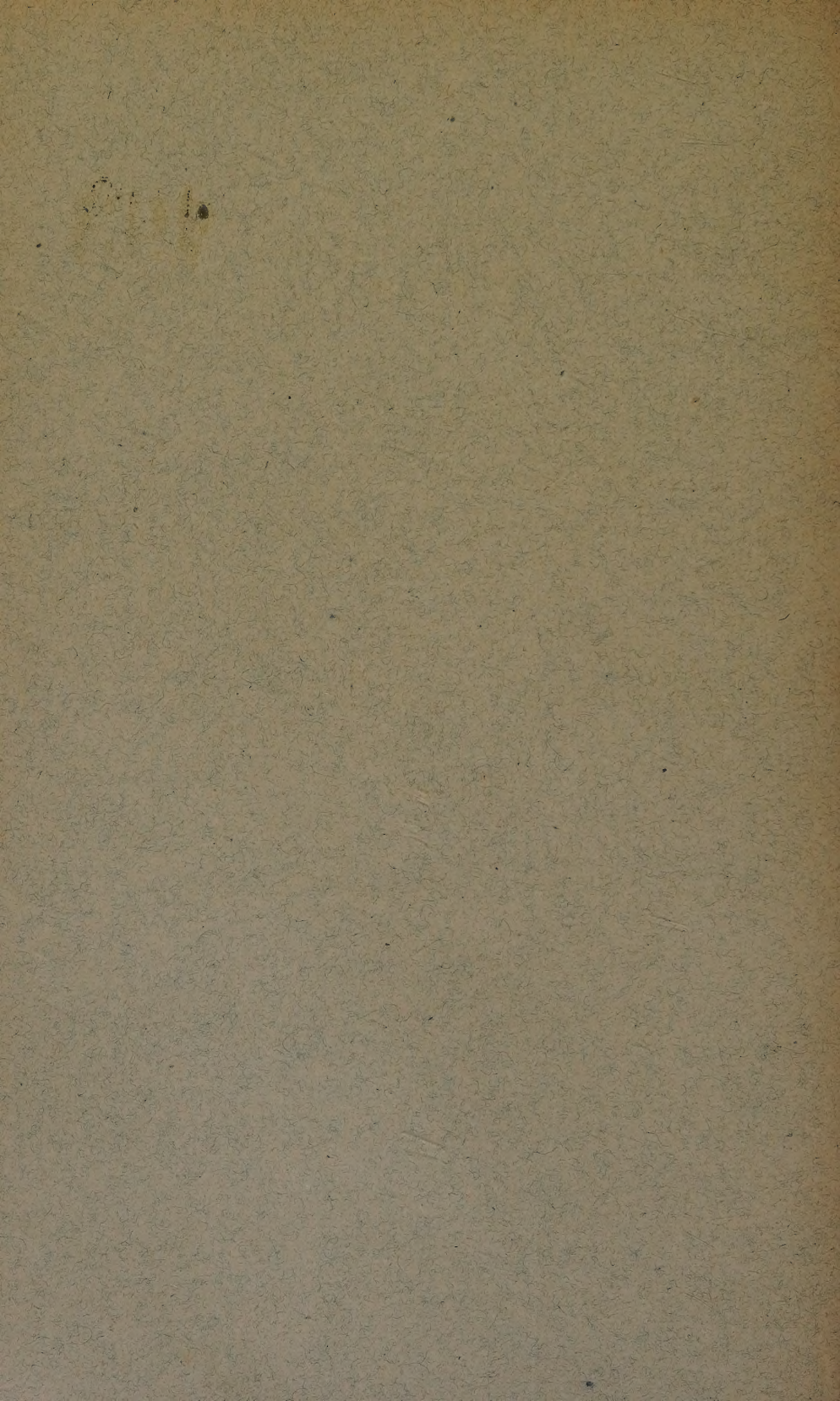
PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912



193

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Alfred-Isidore KLEIN

Né le 5 Juillet 1879 à UNTERTÜRKHEIM (Wurtemberg)

LES CÉSARIENNES

Suprasymphysaires

REVUE CRITIQUE



Président : M. le Professeur P. BAR

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^e). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	(	WIDAL
Pathologie chirurgicale	(	TESSIER
Anatomie pathologique		X.
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
		CHAUFFARD
Clinique médicale		GILBERT
		DEBOVE
Maladies des enfants		LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GILBERT BALLE
Clinique des maladies du système nerveux		GAUCHER
		DEJERINE
Clinique chirurgicale		PIERRE DELBET
		QUENU
Clinique ophtalmologique		RECLUS
Clinique des maladies des voies urinaires		SEGOND
		DE LAPERSONNE
		X.
Clinique d'accouchements		BAR
		PINARD
Clinique gynécologique		RIBEMONT-DES-
Clinique chirurgicale infantile		SAIGNES
Clinique thérapeutique		POZZI
		KIRMISSON
		A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERRER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAINEL-LAVASTI-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	NE	KINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE VÉNÉRÉ

le Professeur PAUL BERGER

A Monsieur le Professeur agrégé

CY. JEANNIN

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le PROFESSEUR PAUL BAR

Cinq années se sont écoulées depuis que Frank communiquait les premières observations de femmes opérées selon une méthode nouvelle de section césarienne, qu'il désignait du nom d'accouchement suprasymphysaire.

Il fut suivi, en Allemagne, par de nombreux auteurs, et l'opération nouvelle suscita, de l'autre côté du Rhin, des travaux nombreux et des discussions ardentes.

On se montra, en France, beaucoup plus réservé ; néanmoins, en août 1909, paraissait dans l'*Obstétrique* (2^e année, n° 8) un magistral article de M. Jeannin, dans lequel étaient judicieusement et impartialement examinés les divers aspects de la question et qui fixait la valeur de la césarienne suprasymphysaire à cette date.

Il nous a semblé intéressant de reprendre cette étude au point où l'avait laissée l'article de M. Jeannin. En ces deux années nouvelles, la césarienne suprasymphysaire avait-elle mieux réalisé les espérances que ses auteurs et ses partisans avaient fondées sur elle ? Avait-elle élargi le cercle de ses indications, et, après une épreuve de cinq années, qu'est-on en droit d'attendre d'elle, aujourd'hui ?

Telles sont les différentes questions que nous allons essayer de résoudre dans cette modeste étude.

HISTORIQUE

Les premières observations d'opération césarienne suprasymphysaires, en tant qu'opération clinique et bien réglée, ne datent guère que de 1906, époque où Frank (de Cologne), publiait 7 cas de femmes opérées d'après une méthode nouvelle qu'il décrivait avec détails. Mais cette conception d'une section césarienne qui respecterait à la fois le corps de l'utérus, c'est-à-dire le segment de l'organe dont l'intégrité anatomique et physiologique importe le plus en vue des accouchements ultérieurs, — et le péritoine, c'est-à-dire la grande porte d'entrée de l'infection, — cette conception d'une césarienne qui théoriquement et *à priori*, apparaît comme idéale, avait, depuis longtemps déjà, tenté divers esprits.

En 1806, *Jörg* émet l'idée que l'on pourrait inciser, non pas le corps de l'utérus, mais le col et le vagin, proposition purement théorique, reprise en 1820 par *Ritgen*, qui décrivit la *Scheidenbaüschnitt* : incision

parallèle à l'arcade de Fallope, décollement du péritoine, ouverture du col et du vagin. *L.-A. Baudelocque* (neveu), dès 1823, décrit dans deux mémoires, un « Nouveau procédé pour délivrer les femmes « contrefaites à terme et en travail, substitué à l'opération appelée césarienne » et qu'il appela gastro-élytrotomie. Sa tentative ne fut pas heureuse ; néanmoins il n'en abandonna pas l'idée, car, en 1844, il publia un nouveau travail sur l'« Opération « césarienne, élytrotomie ou section du vagin, précédée ou non de la ligature ou de la compression « de l'artère iliaque interne. »

En 1825, *Physick* (de Philadelphie), propose d'inciser au-dessus de la symphyse, de décoller le péritoine, la vessie étant à demi distendue et d'inciser transversalement le segment inférieur ainsi dénudé. C'est là, presque exactement, la technique qui sera suivie, après Frank, par divers auteurs, et dont nous reparlerons. Il est peut-être regrettable que ni *Physick* ni ses contemporains n'en aient tenté l'exécution.

En 1840 *Charles Bell* tente plusieurs fois, mais sans succès, la *Scheidenbaüschnitt* de Ritgen. Après trente années d'oubli — ou de découragement — cette opération fut reprise, en 1880, par *T.-G. Thomas*. Depuis, et jusqu'en 1877, la gastro-élytrotomie fut pratiquée 13 fois, notamment par Skene. Les résultats furent si peu favorables : 7 cas suivis de mort, 6 blessures de la vessie, — que la méthode fut à peu près complètement abandonnée, d'autant

plus que les travaux de Sanger et de Kehrer, sur la césarienne classique, parus en 1882, attirèrent sur cette dernière opération l'attention et la faveur de la plupart des opérateurs.

*
* *

C'est en 1904 que *Frank* (de Cologne), communique ses 7 premières observations de « Suprasympphysaire Kaiserschnitt », et à dater de cette époque, l'histoire de la césarienne suprasympphysaire entre dans une ère nouvelle ; les mémoires vont se succéder sans interruption, les procédés vont se multiplier et il semble bien qu'à l'heure actuelle cette ingéniosité, cet esprit inventif et, oserai-je ajouter, cet amour des accoucheurs allemands pour les complications opératoires, n'ont pas encore dit leur dernier mot.

J'essaierai de faire un exposé aussi clair que possible de l'historique de la césarienne suprasympphysaire en ces dernières années ; et, chemin faisant, pour suivre pas à pas l'évolution des idées sur la question, je m'efforcerai de donner, pour chaque auteur, les raisons des modifications qu'il apporte à la technique.

Frank jugeait que le grand danger de l'opération césarienne était l'infection du péritoine par le contenu utérin. Aussi, par sa nouvelle méthode, cherche-t-il à éviter cette infection du péritoine par la plaie utérine — et, de la sorte, espère-t-il pouvoir

étendre les indications de la césarienne aux cas où le travail est avancé et l'asepsie douteuse.

Après avoir ouvert la cavité abdominale au-dessus de la symphyse, il ouvre délibérément après l'avoir décollé à sa partie inférieure, le repli péritonéal vésico-utérin. Mais, *grâce à des sutures des deux feuillets péritonéaux*, il reste constamment au dehors de la grande cavité séreuse ; quand il incise le segment inférieur de l'utérus, il fait donc une incision extra-péritonéale par une sorte d'artifice. Pourquoi recourir à cet artifice ? Frank en donne lui-même la raison : il reconnaît qu'on pourrait opérer sans ouvrir le péritoine, en le décollant simplement de la vessie ; mais il ajoute aussitôt que ce décollement présente des difficultés réelles qui pourraient donner lieu à des déchirements du péritoine, voire de la vessie, et à des hémorragies sérieuses.

Le procédé de Frank est donc transpéritonéal ; *Fromme* et *Veit* imitèrent Frank, mais, après avoir terminé l'accouchement et *par crainte de la formation d'adhérences*, il enlevèrent la suture entre le péritoine viscéral et pariétal, en rétablissant la continuité de chaque feuillet péritonéal. *Baumm* opéra de la même façon, mais supprima les sutures provisoires des deux feuillets péritonéaux, se contentant de fixer, à l'aide de pinces, les bords du feuillet viscéral tout autour de la plaie abdominale.

Cependant ce procédé transpéritonéal, qui ne devenait extra-péritonéal que par un artifice opératoire, ne satisfaisait pas tous les esprits. Et malgré les ré-

servez que Frank avait formulées sur les difficultés de la voie extra-péritonéale, *Sellheim* en 1908, opérerait deux femmes sans aucune ouverture du péritoine. C'était l'opération extra-péritonéale pure, et nombre d'accoucheurs, parmi lesquels *Küstner*, *Czyzewicz*, *Krömer*, *Hofmeier*, *Bumm*, *Freund*, s'y essayèrent. Malheureusement les cas publiés montrèrent vite les difficultés de la technique nouvelle. Le décollement du péritoine n'était pas aussi facile que *Sellheim* l'avait annoncé ; maintes fois la séreuse était déchirée, la vessie elle-même perforée, des hémorragies inondèrent le champ opératoire. L'opération de *Sellheim* apparaissait de plus en plus comme des plus difficiles, et pouvant être des plus dangereuses : *Sellheim* lui-même y renonça.

Il se résigna à réserver la méthode extrapéritonéale aux cas où la disposition anatomique du péritoine la rendait particulièrement facile, c'est-à-dire ceux où le repli vésico-utérin, étant peu développé, tend à disparaître presque totalement pendant la grossesse, et où le décollement du péritoine vésical est fait, en quelque sorte, physiologiquement par l'utérus gravide. Dans les autres cas, *Sellheim* revient à la méthode transpéritonéale : il incise le péritoine transversalement, au-dessus du bord supérieur de la vessie et suture le feuillet pariétal au péritoine utérin. Puis, par une incision transversale profonde du repli vésico-utérin, il pénètre dans le tissu sous-séreux précervical.

Cette césarienne transpéritonéale, selon *Sellheim*

2^e manière, fut pratiquée, avec des fortunes diverses par un grand nombre d'opérateurs : *Rubeska*, *Pfan-nenstiel* (avec modification de technique) *Frantz*, etc. On nota fréquemment des élévations de température, des suppurations de l'incision cervicale, des lochies fétides.

Aussi, en 1900, *Latzko* traduisit-il la pensée intime de beaucoup d'accoucheurs en déclarant qu'il était de toute nécessité d'abandonner la voie trans-péritonéale, méthode bâtarde, qui n'avait pas sa raison d'être. Dans les cas purs aseptiques, la césarienne classique donne d'excellents résultats. La césarienne suprasymphysaire, et qui a la prétention d'être extrapéritonéale, ne trouve donc son indication que dans les cas douteux, les cas d'infection légère, lorsque la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et que des examens multiples ont été faits, sans contrôle, en dehors de la Maternité. Mais dans ces cas l'opération, pour répondre à son but, devra se passer entièrement en dehors du péritoine.

Nous voilà donc revenus à la première conception de Sellheim : comment, cette fois, la rendre pratique en supprimant les difficultés de la technique, notamment les déchirures du péritoine et les blessures de la vessie au cours des tentatives de décollement de la séreuse ?

Latzko eut l'idée de tenter ce décollement, non plus de bas en haut, mais latéralement, en déplaçant la vessie, préalablement distendue avec 150

centimètres cubes de liquide, sans la détacher de son enveloppe séreuse. Ce serait en quelque sorte une « césarienne pré-péritonéale ». Presque en même temps que Latzko, *Döderlein* avait décrit un procédé à peu près identique, et cette technique dite de Latzko-Döderlein fut suivie par *Schauta*, *Fuchs*, *Schëidler*, *Rosenfeld*, etc. Il semble bien, d'après les observations publiées depuis, que, parmi les procédés extrapéritonéaux, la technique de Latzko-Döderlein ait mérité le nom de « méthode de choix » que divers opérateurs lui ont appliqué.

Malheureusement, bien que entièrement extra-péritonéale, cette nouvelle césarienne fit totalement faillite quand elle s'attaqua aux cas infectés. Il apparut que, dans ces cas, il fallait faire mieux qu'une opération extra-péritonéale, c'est-à-dire un accouchement pour ainsi dire, extra-abdominal. C'est ce que *Sellheim* réalisa par sa « *fistule utéro-pariétale* » (1). Après incision verticale de la paroi le péritoine est incisé également mais aussitôt, et chaque feuillet séparément, suturé, à l'aide d'un surjet, aux lèvres de l'incision abdominale. Puis, après décollement de la vessie, l'utérus est ouvert dans son segment inférieur, couche par couche, en saisissant avec des pinces les lèvres de la plaie utérine au fur et à mesure qu'on les sectionne. Pendant ce

(1) Cette idée n'était pas nouvelle. Dès 1872 *Olshausen* concevait une opération de ce genre. *Testa*, *Braxton-Hicks*, *Barnes*, *Frank*, *Tarnier*, *Guéniot*, etc, peuvent encore être cités comme les précurseurs de la fistule utéro-pariétale.

temps opératoire, on évite avec soin la souillure du champ par le liquide septique intra-utérin, et, l'incision terminée, on fixe à l'aide de pinces les lèvres de la plaie utérine au pourtour de la cavité abdominale. C'est en cela que réside l'originalité du procédé de Sellheim ; et cette sorte de martupialisation de l'utérus, est rendue permanente, après extraction du fœtus, délivrance et tamponnement intra-utérin, par des points de suture qui remplacent les pinces. La fistule utéro-pariétale, ainsi formée, se ferme spontanément ou, si cette occlusion tarde trop, on intervient secondairement pour réparer la paroi.

A côté de cette évolution de la section césarienne supra-symphysaire, il me faut dire un mot des travaux de *Dührssen* et de ses élèves.

On sait que cet auteur, dès 1895, posa les règles de la césarienne vaginale, spécialement dirigée contre la rigidité ou l'étroitesse des parties molles. Pour répondre à diverses critiques (on reprochait à la césarienne vaginale d'être une opération aveugle) et pour remédier à des inconvénients certains (dont le principal résidait dans la possibilité d'une extension illimitée de l'incision du col au moment de la sortie de l'enfant), *Dührssen* imagina la « *metreurysoélytrotomie* » : Par l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes dans l'utérus, — le ballon étant convenablement gonflé, — on peut attirer l'utérus vers la vulve ; avantages : l'opération se fait sous le contrôle de la vue. De plus, l'incision utérine

est poussée jusqu'à la possibilité d'extraction en masse du ballon ; avantages : la brèche utérine sera toujours suffisante, et la tête de l'enfant ne risquera plus de l'étendre indéfiniment.

Malheureusement cette opération ne peut convenir qu'aux bassins normaux. Pour faire profiter les bassins rétrécis des avantages de sa césarienne vaginale, Dührssen, en collaboration avec son assistant Solms, imagina alors la « *Laparo-kolpo-hystérotomie* », qu'il décora du nom d'« accouchement à la Bouddha », ce sage « qui naquit des flancs de sa « mère sans lui causer douleur ni angoisse ! »

L'opération de Dührssen-Solms est, d'après ces auteurs, d'une exécution facile. La technique sera détaillée plus loin. Je me contenterai d'indiquer ici que c'est une combinaison de la césarienne vaginale pouvant être aidée de la dilatation du segment inférieur par le ballon de Champetier, et d'une césarienne inguinale, dans laquelle Dührssen incise parallèlement au ligament de Poupart, lie l'artère épigastrique, écarte la vessie en dedans et arrive sur le segment inférieur sans l'ouvrir, et après avoir suivi une voie entièrement extrapéritonéale. C'est par la brèche vaginale que sera pratiquée l'incision utérine, qui sera mise en communication avec l'ouverture inguinale. C'est au travers de cette dernière que sera effectuée l'extraction du fœtus.

Dührssen donne à son opération le pas sur tous les procédés d'accouchement en cas d'angustie pelvienne ; il ne craint pas d'affirmer, en outre, que

que les cas infectés ne sont pas une contre-indication.

La hantise de l'infection du péritoine, le désir de trouver la technique idéale qui mette la femme en puissance d'infection à l'abri des accidents post-opératoires devait encore faire naître des procédés nouveaux.

Gottschalk, entr'autres, décrivait en 1910 un « procédé de césarienne pour cas infectés », et en 1911, *Polano*, de Würzburg, publiait quatre cas, suivis de succès, opérés suivant une méthode nouvelle qu'il intitule « *section césarienne cervicale postérieure* », dont l'originalité réside dans l'incision du segment inférieur sur sa face postérieure, et dont l'avantage essentiel réside dans la possibilité de drainer par le cul-de-sac de Douglas, c'est-à-dire en un point déclive du bassin.

En résumé, on peut, dans ses grandes lignes, diviser l'histoire de la césarienne suprasymphysaire en cinq phases :

1^o Création par Frank de la césarienne suprasymphysaire transpéritonéale.

2^o Création, ou plutôt reprise, par Sellheim, de la césarienne extrapéritonéale.

3^o Découragement devant les difficultés de la voie extrapéritonéale.

4^o Renaissance de la méthode extrapéritonéale, grâce aux perfectionnements apportés par Latzko.

5^o Période d'état, pour ainsi dire. Les accoucheurs

opèrent suivant leurs convenances personnelles, souvent aussi suivant les indications ou les dispositions anatomiques, tantôt par la voie transpéritonéale, tantôt par la voie extrapéritonéale. En outre, des procédés nouveaux surgissent, procédés d'exception pour les cas infectés, et dont la liste, assurément, n'est pas près d'être close.

Technique de la Césarienne suprasympphysaire

Les procédés sont excessivement nombreux. Il semble que chaque opérateur se soit ingénié à apporter sa modification, souvent simple modification de détail dans la direction de la ligne d'incision abdominale ou utérine, dans le mode de protection du péritoine, dans les sutures, dans les procédés du drainage, etc.

Nous ne pouvons donc, car ce serait vraiment trop long et trop fastidieux, suivre tous les auteurs dans l'exposé de leur technique.

Nous nous contenterons de décrire schématiquement les procédés types dont tous les autres dérivent, et pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans cet exposé nous suivrons, autant que possible, l'ordre chronologique d'apparition, en décrivant toutefois, d'abord les procédés transpéritonéaux, ensuite les procédés extrapéritonéaux.

A. Procédés transpéritonéaux

Premier procédé: FRANK (1907.)

Position élevée du bassin.

Incision *transversale* de la paroi abdominale, au-dessus du pubis. L'incision pénètre jusqu'au péritoine. L'insertion des muscles droits de l'abdomen est respectée, de façon à pouvoir, à la fin de l'opération, pratiquer une suture musculo-aponévrotique solide.

Incision *transversale* du péritoine pariétal. La vessie est attirée en avant ; le cul-de-sac vésico-utérin se tend ; on incise *transversalement* le péritoine vésical au niveau de son insertion vésicale ; on relève le feuillet péritonéal ainsi incisé.

Suture des deux *feuillet*s péritonéaux supérieurs à la soie fine.

Incision *transversale* du segment *inférieur* sur une étendue de 8 cm.

Pour la sortie de l'enfant laisser, autant que possible, agir les forces de la nature, en faisant, tout au plus, de l'*expression utérine*. Délivrance par expression. *Tamponnement* de l'utérus à la gaze iodoformée.

Sutures : de l'utérus au catgut — du plan musculo-aponévrotique à la soie — des deux plans supérieurs.

Deuxième procédé: FROMME ET VEIT (1908.)

Même technique que Frank jusqu'au péritoine.

Incision *longitudinale* de la séreuse.

Réunion *temporaire*, de chaque côté, des deux feuillets péritonéaux, pariétal et vésical.

Accouchement, selon Frank.

Suture utérine, selon Frank. Puis,

Reconstitution de l'intégrité des lames séreuses, en rétablissant la continuité de chaque feuillet péritonéal et ce, pour éviter la formation d'adhérences.

Troisième procédé ; VEIT (1909.)

Incision de la paroi, écartement des deux lèvres de la plaie, de façon à lui donner une forme ovale.

Incision du péritoine *pariétal* et suture de cette lame *aux bords de la plaie cutanée*.

Suture du péritoine *viscéral* aux mêmes bords ; il en résulte, au devant de la face antérieure de l'utérus, un espace ovale entièrement isolé de la grande cavité séreuse, étant circonscrit de toutes parts par des adhérences artificielles créées par les sutures.

Incision utérine dans cet espace.

Après l'accouchement, on rétablit la disposition anatomique du péritoine.

Sutures.

Quatrième procédé : BAUMM (1908.)

Même technique que Frank. Mais les sutures temporaires des deux lames péritonéales sont remplacées par des *pincés* qui fixent les bords des

feuilletés séreux aux lèvres de la plaie pariétale. La disposition anatomique de la séreuse est rétablie, après l'accouchement et la suture utérine.

Cinquième procédé : Section transpéritonéale de l'utérus de Sellheim (1908). SELLHEIM (DEUXIÈME MANIÈRE).

Incision des téguments suivant une ligne *transversale* et légèrement concave en haut. (Incision de Pfannenstiel.)

Incision de l'aponévrose suivant la même direction et mise à nu de la ligne blanche sur une étendue de 20 centimètres environ.

Incision de la séreuse pariétale au niveau de l'insertion vésicale. Puis, soulevant à l'aide de pinces, *suture* par un *double surjet* de la lèvre inférieure de la séreuse pariétale au pli ainsi formé.

Après cette suture qui isole la grande cavité, incision du fond du cul-de-sac vésico-utérin ; on arrive sur la face antérieure du col de l'utérus qu'on incise verticalement et sur la ligne médiane.

Accouchement et terminaison de l'opération comme précédemment.

Sixième procédé : SELLHEIM (TROISIÈME MANIÈRE), 1908.

Incision de la paroi et de l'aponévrose comme dans le procédé précédent.

Incision *transversale* du péritoine *pariétal* au niveau de l'insertion vésicale et prolongement de

l'incision jusqu'au niveau où le ligament rond pénètre dans le canal inguinal.

Incision *transversale* du péritoine *viscéral* de l'utérus, le plus près possible du fond du pli vésico-utérin, les extrémités de cette incision allant rejoindre les extrémités de l'incision du péritoine pariétal.

Suture des bords inférieurs des *deux lames séreuses*, pariétale et utérine, au moyen d'un double surjet.

Après cet isolement de la grande cavité, décollement du péritoine précervical : on arrive sur la face antérieure de l'utérus, col et segment inférieur. Incision verticale et médiane.

Accouchement, spontané autant que possible ; sinon, expression utérine.

Suture utérine au catgut, surjet superficiel.

Fixation de la vessie, par quelques points séparés, au niveau de la suture du col utérin.

Suture du pli péritonéal artificiellement constitué au lambeau péritonéal resté attenant à la vessie.

Suture étagée de la paroi.

Septième procédé : FRAIPONT (1909).

Incision suprasymphysaire de la paroi longitudinale, sur la ligne blanche.

Incision longitudinale du péritoine pariétal.

Suture, en surjet, séro-séreuse, qui accole le péritoine utérin au péritoine pariétal, tout autour

de la plaie abdominale et à 3 centimètres en dehors du bord de la séreuse pariétale.

Après cet isolement de la grande cavité, incision du péritoine viscéral qu'on décolle latéralement et réunion de ce feuillet séreux, par des pinces à forcipressure, au bord libre du péritoine pariétal.

Incision verticale du muscle utérin sur une hauteur de 9 centimètres, sans décollement préalable de la vessie.

Accouchement — spontané ou aidé par pressions latérales. Délivrance — physiologique si possible, ou aidée par l'expression ou les tractions. Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Suture utérine par points séparés, à la soie.

Ablation des pinces à forcipressure du péritoine et réunion par une suture au catgut des deux lèvres de la séreuse utérine.

Ablation du surjet qui fermait la cavité péritonéale, de façon à rendre au péritoine sa disposition primitive.

Suture étagée de la paroi.

Huitième procédé : Sellheim (1908.) SELLHEIM (4^e MANIÈRE). — FISTULE UTÉRO-PARIÉTALE.

Incision longitudinale de la paroi, partant de la symphyse.

Incision verticale du péritoine pariétal ; suture des lèvres de ce péritoine aux lèvres de l'incision abdominale, à l'aide d'un surjet.

Incision sagittale et médiane du péritoine-utérin ;
décollement latéral des deux lames et *suture*
séro-séreuse réunissant les deux lèvres du péri-
toine viscéral au péritoine pariétal déjà fixé à la
plaie abdominale.

Décollement de la vessie qui est attirée en avant.

Incision du segment inférieur de l'utérus, *vertica-*
le et médiane ; incision à faire avec de grandes
précautions, de haut en bas, couche par cou-
che, en saisissant, à l'aide de pinces au fur et à
mesure qu'on les sectionne, les lèvres de la
plaie utérine, de façon à les éverser et éviter la
souillure du champ opératoire par les liquides
contenus dans l'utérus.

Fixation, par des pinces à forcipressure, des bords
de la section utérine, ainsi éversés, au pour-
tour de la plaie abdominale.

Accouchement. Délivrance. Tamponnement intra-
utérin.

Les *pinces* qui fixaient les lèvres de la section uté-
rine au pourtour de la plaie abdominale sont
remplacées par des *points de suture*. L'utérus est
donc *marsupialisé*.

Fermeture ultérieure et réparation de la paroi,
sans trop tarder, si cette fistule utéro-pariétale
ne guérit pas spontanément et rapidement.

B. Procédés extra-péritonéaux

Premier procédé: Sellheim (1908.) SECTION EXTRAPÉRI-
TONÉALE DE L'UTÉRUS. SELLHEIM. — 1^{re} MANIÈRE.

Incision des téguments suivant une ligne *transversale* et légèrement concave en haut (incision de Pfannenstiël).

Incision de l'aponévrose suivant la même direction et mise à nu de la ligne blanche sur une étendue de 20 centimètre environ.

Incision *longitudinale* sur la ligne blanche, décollement du péritoine et fascia propria de la face postérieure des muscles droits. Distension légère de la vessie afin d'en apprécier facilement le pourtour.

Décollement du péritoine de la vessie, à l'aide de compresses ou de ciseaux, jusqu'au col utérin.

Décollement complet de la vessie jusqu'au vagin.

Une valve récline la vessie en avant contre le pubis.

Incision *longitudinale* et *médiane* du col prolongée en bas jusqu'au vagin, en haut jusque dans le corps de l'utérus.

Accouchement par expression. Délivrance manuelle. Tamponnement utéro-vaginal.

Suture utérine par points séparés au catgut. Par dessus, seconde suture en surjet.

Suture étagée de la paroi et fermeture de la peau par les agrafes de Michel.

Deuxième procédé : LATZKO (1909).

Distension *préalable* de la vessie avec 150 centimètres cubes de liquide.

Incision *longitudinale* des téguments jusqu'à la

ligne blanche, inclusivement, sur une longueur de 12 centimètres.

Décollement de la vessie de gauche à droite : on la récline latéralement à l'aide d'une large valve. Le cul-de-sac vésico-utérin la suit. On se trouve ainsi en face d'une grande partie du segment inférieur.

Incision du col de l'utérus, qu'on aborde *latéralement* ; incision longitudinale de haut en bas.

Accouchement. Délivrance.

Suture utérine au catgut.

La vessie est ramenée vers la ligne médiane.

Suture de la paroi.

Troisième procédé. — DÖDERLEIN (1609).

Incision *transversale* des téguments (incision de Pfannenstiël) ; écartement des muscles droits sur la ligne médiane et *légère incision de l'insertion* du muscle grand droit, du côté droit.

Distension à ce moment, de la vessie, avec 150 cc. environ de liquide.

Décollement, avec la main introduite à droite, entre la paroi antérieure et la paroi latérale du bassin, du tissu cellulaire, lâche, peu adhérent : une partie notable du canal génital est ainsi mise à nu.

Vessie réclinée vers la ligne médiane, de droite à gauche. Le cul-de-sac vésico-utérin est repoussé en haut.

Incision *longitudinale* du segment inférieur, à droite de la ligne médiane.

Accouchement. Délivrance.

Sutures : utérines au catgut, points sur le tissu cellulaire, fermeture étagée de la paroi.

Quatrième procédé : FREUND (1909).

Incision (de Pfannenstiel) des téguments, s'arrêtant au péritoine.

Après exploration de la disposition de la séreuse et du cul-de-sac vésico-utérin, *décollement du péritoine, de bas en haut*, au point de la face latéro-antérieure du segment inférieur qui aura été reconnu, par cet examen préalable, le moins adhérent, le plus facilement décollable. S'il est nécessaire, pour amener cette zone décollable dans le champ opératoire, faire une torsion bimanuelle du globe utérin. La vessie reste vide.

Incision *longitudinale* et *médiane* du col et du segment inférieur.

Accouchement. Délivrance. Sutures.

Cinquième procédé : DÜHRSEN-SOLMS (1909). (LAPARO-KOLPO-HYSTÉROTOMIE).

Incision iliaque de la paroi (Flankenschnitt) à 2 cm au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à celle-ci. Incision ou décollement des de la paroi. Dissociation du fascia transversalis.

Ligature des vaisseaux épigastriques. Section entre deux ligatures. Isolement du ligament rond qui est sectionné après ligature.

Décollement de la vessie et du cul-de-sac péritonéal

qui sont refoulés vers la ligne médiane : la partie antéro-latérale du segment inférieur est ainsi mise à nu.

Incision par le vagin du canal utéro-vaginal, comme pour la césarienne vaginale de Dührssen. Quand on arrive au fond du cul-de-sac vésico-utérin, on introduit une main dans l'incision vaginale, l'autre dans l'incision abdominale, on dilacère le reste de tissu fibreux qui les sépare. Extraction du fœtus par la brèche utérine attirée dans l'incision abdominale : donc, *accouchement abdominal* par version ou forceps.

Délivrance par voie vaginale.

Suture de la plaie utéro-vaginale par le vagin, et drainage vaginal, par mèche de gaze iodoformée, de la grande plaie conjonctive formée en la vessie, l'utérus et le péritoine.

Fermeture de la paroi abdominale.

Nous décrirons enfin deux procédés qui, sans être à proprement parler, des césariennes supra-symphysaires, ont cependant leur place dans cette étude, car, dans la pensée de leurs auteurs, ils doivent permettre d'étendre aux cas infectés les indications de la section césarienne :

Procédé de GOTTSCHALK (1910.)

La femme étant dans la position horizontale, incision *longitudinale* des téguments, jusqu'au péritoine, inclusivement, assez grande pour que l'utérus puisse être énucléé de l'abdomen.

Réunion, par suture, des feuillets péritonéaux et des lèvres de l'incision cutanée, de façon à isoler la cavité.

L'utérus est attiré en avant et en bas, jusqu'entre les cuisses de la femme, et de façon à ce que sa face antérieure regarde en bas.

Après avoir protégé l'incision abdominale avec des compresses, et bourré de gaze iodoformée l'angle inférieur de cette incision, entre le segment inférieur de l'utérus et le péritoine, on incise la paroi utérine (corps), sur sa face antérieure (qui regarde en bas), de telle sorte que que les liquides intra-utérins s'écoulent directement sur le plan du lit.

Extraction. Suture de l'utérus au catgut — après toilette de la cavité.

L'utérus reste extériorisé sous un pansement ouaté aseptique et légèrement compressif.

Lorsque l'infection rétrocede, on attend que l'utérus ait subi une involution suffisante pour pouvoir reprendre sa place, en passant par l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Procédé de POLANO (1911). — SECTION CÉSARIENNE CERVICALE POSTÉRIEURE.

Incision de la césarienne classique.

Enucléation de l'utérus par la plaie abdominale ; puis, protégé par des compresses, on le fait *basculer* le plus possible en avant et en bas, vers la symphyse.

Incision de l'utérus sur la *face postérieure* du segment inférieur, au niveau des parties fœtales saillantes.

Extraction manuelle du fœtus.

Délivrance par expression.

Un ou deux drains, qui, pénétrant dans le cul-de-sac postérieur, assurent un drainage efficace.

Résultats opératoires

Pour nous faire une idée de la valeur de la césarienne suprasymphysaire, nous nous servons de deux relevés.

Celui de Jeannin (1) arrêté à la fin du premier semestre de 1909.

Le nôtre, qui comprend les cas publiés depuis cette même époque jusqu'à fin 1911.

Et si nous joignons ces deux relevés, nous aurons une *statistique d'ensemble* qui, portant sur près de 4 années et plus de 400 cas, nous permettra de juger les méthodes nouvelles de césarienne avec les meilleures chances d'exactitude - et d'impartialité.

I. PRONOSTIC MATERNEL

A. Mortalité. — 1^o Chiffres relevés par Jeannin (1907 à juillet 1909) :

(1) *L'Obstétrique*, Août 1909, p. 545.

148 cas. 11 morts, dont 5 par *infection*.

— — — 4 par éclampsie.

— — — 2 à des causes diverses :

(embolie le 14^e jour lors de la
levée de l'accouchée, ménin-
gite purulente avant l'inter-
vention.)

A ces 148 cas, Jeannin ajoute 42 cas cités par Latzko, dont le résultat est connu au point de vue de la mortalité maternelle. Sur ces 42 cas, il relève en effet *3 morts par infection*.

La statistique générale de Jeannin porte donc sur 190 cas, pour lesquels la mortalité maternelle est de :

Nombre total des cas de mort : 14, soit **7,37** o/o.

Morts par infection : 8, soit **4,21** o/o,

Et M. Jeannin conclut : Nous pouvons donc tenir pour cliniquement exact que *la mortalité post-opératoire par infection a oscillé entre 4 et 5 o/o*.

2^o Chiffres relevés par nous-même. (Juillet 1909 à juin 1911). 240 cas. 12 morts. Dont 1 par éclampsie, 1 par iléus paralytique.

Le pourcentage donne par conséquent :

Nombre total des cas de mort : 12, soit **5** o/o.

Morts par infection : 10, soit **4,16** o/o.

3^o Chiffres de la statistique d'ensemble, (1907 à 1912), 430 cas.

Nombre total des cas de mort : 26, soit **6,04** o/o.

Morts par infection : 18, soit **4,18** o/o.

La conclusion à dégager de cette statistique, d'ensemble reste donc la même que celle qu'en 1909 formulait déjà M. Jeannin : *La mortalité post-opératoire par infection a oscillé entre 4 et 5 o/o.* (1)

Ne nous contentons pas de ces chiffres : essayons d'analyser les conditions dans lesquelles se sont produits les accidents infectieux dans ces cas mortels.

1° Opérateur : BAUMM. — Il s'agissait d'un bassin plat, avec liquide amniotique fétide et température de 38°6 avant l'opération. On fit la césarienne transpéritonéale de Frank. La suture péritonéale protectrice céda pendant la sortie de la tête, on fit immédiatement une seconde suture. La mort survint le troisième jour, par pelvi péritonite, avec énorme phlegmon de la plaie opératoire. (*Zentralblatt f. Gynäk.* 1908, n° 12.)

2° Opérateur : SELLHEIM. — Bassin généralement rétréci. Température de 37°7 avant l'opération. Césarienne transpéritonéale. Mort le septième jour, par péritonite généralisée, avec suppuration de tout le champ opératoire. (*Zentralblatt f. Gynäk.* 1909, n° 10.)

3° KRONIG. — Césarienne transpéritonéale procédé de Frank modifié. Décollement de la vessie et in-

(1) Il est intéressant de noter que Latzko en 1909 publiait une statistique (*Der extrapéritonéale Kaiserschnitt. Seine geschichte, seine Technik, und seine Indikationen.* (*Wiener Klin. Wochenschrift.* 1909, n° 14), dans laquelle on relève, pour 150 cas.

Nombre total des cas de mort : 11, soit 7,33 o/o.

Morts par infection : 8, soit 5,33 o/o.

cision longitudinale du col. Suppuration de la plaie utérine ; abcès rétro-vésical ; péritonite généralisée. (*Beiträge z. Geburtshilfe und Gynä.* 1908, vol. XIII).

4^o Opérateur : VOR ROSTHORN. — Césarienne extrapéritonéale par le procédé de Latzko, chez une femme infectée. Mort deux mois après l'intervention. (*Monass. f. Geb. u. Gyn.* juin 1909).

5^o Opérateur : SCHAUTA. — Césarienne extrapéritonéale par le procédé de Latzko. Mort par phlegmon du tissu cellulaire pelvien. (*Monatschrift. f. Geb. u. Gynäk.* juin 1909).

6^o Opérateur : BUMM. — Cas cité par Latzko, sans détails. (*Wiener Klinik, Woch.* 1909, n° 14).

7^o Opérateur : KUSTNER. — Cas cité par Latzko sans détails. (*Wiener Klinik, Woch.* 1909, n° 14).

8^o Opérateur : VEIT. — Cas cité par Latzko, sans détails (*Wiener Klinik, Woch.* 1909, n° 14).

9^o Opérateur : KUSTNER. — Procédé extrapéritonéal. Pendant le décollement du péritoine, la séreuse est largement déchirée, et suturée avant l'extraction. Mort par péritonite (streptocoques). (*Münch. Mediz. Woch.* 1909, n° 34.)

10^o Opérateur : REIFFERSCHIED. — Procédé transpéritonéal. A l'extraction de l'enfant, la suture péritonéale protectrice cède. Seconde suture immédiatement. Avant l'opération, la femme se trouvait dans un état général alarmant ; les membranes étaient rompues depuis 2 jours 1/2. Fièvre

post-opératoire intense (40° 7). Mort le 6^e jour. A l'autopsie, suppuration des sutures péritonéales, infarctus septique de la rate, endocardite, endométrite. (*Zentralblatt f. gynék.* 1909, n° 33.)

11^o Opérateur : DOLÉRIS. — Bassin rétréci, œuf ouvert ; césarienne extra-péritonéale par la méthode de Döderlein. A la section utérine, hémorragie abondante. Mort le 11^e jour, avec suppuration excessive du foyer opératoire. Le cul-de sac postérieur avait été probablement ouvert et une faute lourde d'asepsie avait été commise par un aide, au moment de l'extraction de la tête. (*L'Obstétrique*, 1910, page 274.)

12^o Opérateur : BARDLEBEN. — Césarienne extra-péritonéale, procédé de Latzko. Le matin du 5^e jour, mort par embolie. A l'autopsie, suppuration du tissu cellulaire pelvien. (*Zentralblatt f. gynak.* 1910, n° 48.)

13^o Cas relaté par G.-A. WALCHER (clinique de Strasbourg). — Mort 18 h. après l'opération. Température 39° 8 avant la mort. Septicémie ou intoxication. (*Munch. Médiz. Woch.* 1911, n° 4.)

14^o Cas relaté par K. BAISCH (clinique de Munich). Procédé extrapéritonéal. Mort par infection ; — la femme était en travail depuis 4 jours lorsqu'on fit la césarienne. (*Zentralb. f. gynak.* 1911, n° 43.)

15^o et 16^o. — Deux cas de mort par infection, communiqués par SIGWART, sans autres détails. (*Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg.* (*Zentralblatt f. gynak.* 1910, n° 48.)

17° Opérateur : LÉOPOLD. — Il s'agissait d'une femme III pare, bassin rétréci, les membranes rompues depuis 10 heures, et qui avait subi en ville des touchers répétés. On fit une césarienne transpéritonéale. A la section utérine, il se produisit une hémorragie assez considérable ; le segment inférieur de l'utérus présentait de l'infiltration œdémateuse. Mort le 3^e jour, par péritonite purulente ayant son point de départ à la plaie abdominale. En outre, phlegmon du tissu cellulaire pelvien. (*Archiv. f. gynäk.* 1910, heft 2.)

18° Opérateur : BRINDEAU. — Il s'agissait d'une femme notoirement infectée. Température élevée. On fit une césarienne transpéritonéale.

A la suite de ces observations, nous pouvons, dès à présent, noter, d'une part, la fréquence des accidents locaux graves au niveau de la plaie opératoire, d'autre part, la formation possible après l'extrapéritonéale, d'un phlegmon pelvien mortel que ne justifie aucun accident opératoire.

Enfin nous devons insister sur ce fait que la mort n'est pas toujours survenue exclusivement dans les cas d'asepsie douteuse, mais que sont mortes aussi des femmes qui, au début de l'opération, ne présentaient aucun signe d'infection, même probable.

B. Morbidité. — 1° Pour apprécier la morbidité des suites opératoires, M. Jeannin s'est servi d'une série de 104 observations, dans lesquelles l'opéra-

teur avait relaté, avec suffisamment de détails, la marche des suites de couches.

Sur ces 104 opérées, 32 ont présenté des accidents divers, soit une proportion de 30,7 o/o.

Les *accidents infectieux* ont été notés dans 26 cas, soit dans une proportion de **25 o/o**.

Ils se décomposent de la sorte :

a) Elévation fébrile des premiers jours = 12.

b) Phlegmatia alba dolens = 2.

c) Suppuration de la plaie opératoire = 12, soit **11,5 o/o** (1).

d) En outre, dans deux cas de *Sellheim* (*Zentralb. f. Gynak.* 1988, n° 5), on observa un œdème des organes génitaux externes dès les premiers jours des couches. *Uthmoller*, (*Zentralb. f. Gynak.* 1908, n° 45) après une césarienne pour bassin ostéomalacique, nota une hématurie légère pendant les premiers jours ; au cours de l'opération, au moment des tentatives de décollement du péritoine, une veine rétro-vésicale avait été déchirée et avait occasionné une hémorragie profonde. *Franz* (*Zentralb. f. Gynak.* 1909 n° 24) constata, au 7^e jour, une fistule vésico-vaginale. *Kahn* (*idem*, 1908 n° 50) observa des troubles urinaires. *Von Rosthorn* (*Monatsh. f. Geb. u. Gynak.* juin 1909) vit, chez deux de ses opérées, se former une infiltration prévésicale. Enfin *Fraipont* (*Le Salpel et Liège Médical*, 19 juillet 1908) eut à combattre, quelques heures après l'in-

(1) Pour le détail de ces cas, nous ne pouvons que nous reporter au travail de M. Jeannin. *loco. cit.*

tervention, une hémorragie utéro-vaginale de quelque gravité.

Avec raison, M. Jeannin fait remarquer que « presque tous ces accidents se passent du côté de « l'appareil vésical, ce qui n'est pas fait pour sur- « prendre, étant donné le traumatisme que la césa- « rienne supra-symphysaire fait subir à l'appareil de « la miction. »

2° Dans notre relevé d'observations, 121 seulement contiennent des détails suffisants sur la marche des suites de couches.

Sur ces 121 opérées, 41 ont présenté des accidents divers, soit une proportion de 33,88 o/o.

Les *accidents infectieux* ont été notés dans 37 cas, soit dans une proportion de **30,5 o/o**, — presque le tiers ! (1)

D'ailleurs, ces accidents sont de gravité très variable, et peuvent être divisés ainsi :

a) Élévation fébrile des premiers jours = 13.

b) Thrombose du membre inférieur = 3.

(2 cas de *Léopold*, 1 cas de *Richter*.] *Archiv. f. Gynak.*, 1910, H. 2.)

c) Accidents de suppuration métastatique : 4.

(Cas de KÜSTNER, Parotidite. (*Münch. Med. Woch.* 1909 n° 34). :

(Cas de REIFFERSCHERD, Mastite gauche au 15^e jour, 39^e (*Zentralb. f. Gyn.* 1909, n° 33).

(1) La statistique totale, de 1907 à 1912 donne les chiffres suivants 225 cas. Morbidité globale 32,44 o/o. Morbidité par infection : 28,9 o/o.

(Cas de ZURHELLE, mastite gauche (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33).

(Cas de Fr. BREWIT, mastite, (*Münch. Med. Woch.* 1909, n° 26).

d) Suppuration de la plaie opératoire : 17, soit 13,55 o/o.

Voici, très rapidement décrits, ces dix-sept cas :

1° Opérateur : KÜSTNER. — (César. extra-péritonéale) Suppuration des points de suture. (*Munch. Med. Woch.* 1904, n° 34).

2° Opérateur : KÜSTNER. — (César. extra-péritonéale) Suppuration de la plaie cervicale. (*Münch. Med. Woch.* 1909, n° 34).

3° Opérateur : KÜSTNER. — (César. extra-péritonéale) Suppuration insignifiante. (*Munch. Med. Woch.* 1909, n° 34).

4° Opérateur : FRITSCH. — (Procédé de Latzko) Ascension thermique jusqu'à 38°. Au 10^e jour, rupture d'un hématome suppuré. (*Zentralblatt f. Gyn.* 1900, n° 33).

5° Opérateur : FRITSCH. — (Procédé de Latzko) Légère suppuration de la paroi (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33).

6° Opérateur : ZURHELLE. — (Procédé de Latzko) Liquide amniotique fétide. Du 4^e au 7^e jour, ascension thermique à 30°. Suppuration par le vagin. Mastite gauche. Guérison au 43^e jour. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33).

- 7^o Opérateur : G. DIRNER. — (Procédé de Frank)
Fièvre prolongée. Au 10^e jour, phlegmon de la
paroi abdominale au niveau de la suture ; on
retire une cuillerée de pus fétide. Chute de la tem-
pérature. (*Pester Medicin. Chirurg. Presse* 1909,
n^o 47. . .)
- 8^o Opérateur : F. BREWIT. — (Indication : éclampsie)
Forte suppuration des points de suture. (*Münch.
Med. Woch.* 1909, page 2.218).
- 9^o Opérateur : F. BREWIT. — (Indication : éclampsie)
Nécrose étendue des fascias et abcès de la paroi.
Mastite par métastase. (*Münch. Med. Woch.* 1909,
page 2.218).
- 10^o Opérateur : E. FRANK (d'Olmütz). — (Procédé
de Latzko) Au 8^e jour, élévation thermique à 39°.
Hématome et légère suppuration de la plaie cu-
tanée. (*Zentralbl. f. Gynak.* 1911, n^o 6).
- 11^o Opérateur : LÉOPOLD. — (César. transpérito-
néale). Liquide amniotique fétide. La plaie abdo-
minale est rouge et œdématisée ; par le drain s'é-
coule un liquide sero-purulent. La paroi se né-
crose. Au 14^e jour, thrombose du membre infé-
rieur gauche. Guérison le 52^e jour. (*Arch. f. Gyn.*
1910, n^o 2).
- 12^o Opérateur : RICHTER. — (Procédé ue Sellheim)
Suppuration de la plaie. Fistule vésico-pariétale.
(*Arch. f. Gyn.* 1910, n^o 2).
- 13^o Opérateur : RICHTER. — (Césarienne transpéri-
tonéale, après essai infructueux d'extrapérito-

néale) Suppuration légère. Guérison le 23^e jour, avec un utérus gros et adhérent à la cicatrice, au niveau de son tiers inférieur. *Arch. f. Gyn.* 1910, n° 2).

14^o Opérateur : RICHTER. — (César. transpéritonéale) Température jusqu'à 38.8. Nécrose partielle de la paroi. (*Arch. f. Gyn.* 1910, n° 2).

15^o Opérateur : P. STRASS. — (Extrapéritonéale) Température se maintenant élevée pendant plusieurs semaines. Phlegmon du tissu cellulaire pelvien. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1910, n. 48).

16^o Opérateur : P. STRASS. — (Extrapéritonéale suivant Sellheim I^e m.) Légère suppuration de l'angle gauche de la plaie abdominale. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1940, n° 48).

17^o Opérateur : SOLMS. — (Laparo-kolpo-hystérotomie) Suppuration de la paroi et réaction péritonéale.

Dans cette série, encore, nous noterons la fréquence des accidents infectieux au niveau de la plaie abdominale. Nous avons d'ailleurs maintes fois eu l'occasion, au cours de nos recherches, d'enregistrer pareille remarque, sous la plume d'auteurs différents. Fr. Brewit, notamment, à l'occasion de la statistique de Küstner, et après avoir rappelé des cas malheureux de Baümm (*Société gynécol. de Breslau*, déc. 1908) et de Schauta (*Société gynéc. de Vienne*, in *Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 23) : quatre phlegmons du tissu cellulaire pelvien, trois morts,

insiste longuement sur la constance des accidents locaux au niveau de la plaie opératoire, et la fréquence des suppurations graves de la paroi, accompagnées parfois de nécrose des fascias.

E. Accidents vésicaux-urinaires. — Nous avons relevé 4 cas d'accidents assez graves, du côté de l'appareil urinaire. Plusieurs fois, en outre, on a observé des urines sanglantes quelques heures ou quelques jours après l'opération.

Voici ces quatre cas :

- 1^o Opérateur : RICHTER. — (méthode de Sellheim. Fistule pariéto-vésicale. Guérison le 40^e jour.
- 2^o Opérateur : RICHTER. — (méthode de Latzko.) Cystite, guérie au 31^e jour. (*Archiv. f. Gyn.* 1910, p. 2.)
- 3^e Opérateur : G. LITSKUSS. — (méthode de Latzko) consécutivement à une déchirure de la vessie, au cours du décollement du péritoine, fistule urinaire fermée spontanément après 6 semaines. (*Journal. f. geb. und gynäk.* 1910, page 637.)
- 4^o Opérateur : SOLMS. — (section abdominale de Ritgen). A la suite de la compression pendant l'extraction de la tête, nécrose tardive de la vessie. Guérison après opération ultérieure.

Il est à remarquer que ces accidents vésicaux ont toujours été consécutifs à des césariennes extrapéritonéales. C'est que, dans cette opération, le décollement de la vessie représente le temps le plus dif-

ficile et certainement le plus délicat de l'intervention. Nous aurons l'occasion d'en reparler, au sujet des incidents opératoires.

g) Enfin *Kustner* signale un cas d'inversion utérine, au travers de la plaie abdominale, au cours de tractions exercées sur le cordon, pendant la délivrance. (Soc. gynéc. de Breslau, 15 mars 1910, in *Zentralbl. f. Gyn.* 1910 n° 30.)

II. — PRONOSTIC FŒTAL

1° Pour établir le pronostic fœtal, M. Jeannin a pu se servir de 110 observations, assez explicites en ce qui concerne l'enfant.

Sur ces 110 cas, 9 enfants ont succombé, soit 8,18 o/o. Mais c'est là une *mortalité globale* dont il va falloir déduire certains cas qui ne sauraient être portés au passif de l'intervention.

En effet, voici les détails de ces 9 cas.

1° Opérateur : F. FRANK. Enfant né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé. Il y avait fracture de l'occipital (*Archiv. f. Gyna.* 1907, Bd L. XXXI.)

2° Opérateur : LUCHSINGER. Enfant né en état de mort apparente; ranimé. Mort le 2^e jour. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908 n° 33.)

3° Opérateur : FRAIPONT. Enfant mort avant l'opération. (*Le Scalpel et Liège Médical*, 19, VII. 1908.)

4° Opérateur : SELLHEIM. Césarienne transpéritonéale chez une femme souffrant de méningite pu-

rulente et agonisante. L'enfant est né en état d'asphyxie. Ranimé. Il meurt peu après. (*Deutsche Médiz. Woch.* 1908, p. 1722).

5^o Opérateur : SELLHEIM. L'enfant présentait des signes de souffrance avant l'opération, il meurt avant l'incision de l'utérus.

6^o Opérateur : FRANK. Mort (pas de détails). (*Archiv. f. Gyn.* 1907, Bd 83).

7^o Opérateur : VON ROSTHORN. Mort (pas de détails). (*Monats. f. G. u. G.* juin 1909.)

8^o Opérateur : SCHAUTA. Mort (pas de détails). (*Monats. f. G. u. G.*, juin 1909).

9^o Opérateur : FRAIPONT. Fracture et enfoncement de la voûte crânienne. Mort le 6^e jour.

Si l'on veut, dans ces observations, faire la part de l'intervention, il faut évidemment ne pas tenir compte des cas où l'enfant doit succombé avant la section utérine, ni de ceux où l'enfant présentait des traumatismes crâniens. Enfin le cas où l'opération fut faite chez une agonisante doit être également mis à part.

Nous restons donc en présence de 4 cas, ce qui ramène la *mortalité fœtale opératoire* à 3,62 o/o.

2^o Sur les 240 cas relevés par nous, depuis juillet 1909, nous enregistrons 15 fois la mort de l'enfant, soit une *mortalité globale* de 6,25 o/o.

Voici le détail de ces cas :

1^o Opérateur FRITSCH. Césarienne d'après Latzko.

Pour l'extraction on tente une application de for-

ceps qui rate, la tête étant trop mobile. On fait la version. L'enfant est né vivant, pèse 4.500 gr., mais meurt après 10 h. après avoir présenté une forte dyspnée. L'autopsie ne peut établir les causes de la mort. (*Zentralb. f. Gyn.* 1909, n° 33).

2° Opérateur : REIFFERSCHIED. Césarienne extrapéritonéale, pour placenta prævia. Pendant l'opération il y a une hémorragie sérieuse au niveau de l'insertion placentaire. Extraction par version. L'enfant meurt d'anémie après 24 heures. (*Zentralb. f. Gynak.* 1909 n. 33).

3° Opérateur : LANGE (de Posen). — Enfant né en état de mort apparente ; ranimé ; puis meurt. Il présentait de l'hydrocéphalie. (*Monats. f. geb. und Gyn.* Bd XXXI. N° 5.)

4° Opérateur : LANGE (de Posen). — Prématuré, chez une éclamptique. (*Monast. f. Geb und Gyn.* Bd XXXI. N° 5.)

5° Opérateur : LÉOPOLD. — Avant l'opération, il y avait procidence du cordon, on ne sentait plus les pulsations. L'utérus avait des contractions tétaniques. Le bassin était rétréci au maximum : Conj. vera = 5. Pour hâter l'opération, on fit la perforation de la tête. (*Archiv. f. gyn.* 1910, p. 442.)

6° Cas relaté par HARTMANN, assistant de Frank. Il s'agit d'une femme VII^e pare, à bassin plat. Ses 2^e, 3^e et 4^e grossesses avaient été terminées par une cranioclasie. Puis, en 1906 et 1908, elle subit deux césariennes, d'après le procédé de Frank.

- (1) Le 26 novembre 1909 elle est opérée à nouveau : l'enfant souffre, le cordon ne présente plus de pulsations. On fait la cranioclasie. (*Zentralblatt f. gynak.* 1910, n° 28.)
7. Opérateur : G. A. WALCHER. — Procidence du cordon. Mort. (*Munch. Mediz. Woch.* novembre 1914, n° 4.)
8. Opérateur : G. A. WALCHER. — L'extraction est difficile ; les bruits du cœur mauvais. L'enfant naît vivant, mais meurt après 24 heures.
9. Opérateur : S. S. CHOLMOGOROW. — Césarienne d'après Latzko. L'enfant naît en état de mort apparente et n'a pu être ranimé. (*Zentralb. f. gyn.* 1911, n° 31.)
- 10° à 15° Cas relatés par K. BAISCH (clinique de Munich). Césariennes extrapéritonéales. Un enfant non à terme ; quatre ont souffert de la violence des manœuvres d'extraction ; un enfant n'a pu être extrait par une incision utérine trop petite et a succombé. Total : six morts. (Il y avait une grossesse gemellaire).

Si nous examinons ces 15 cas avec toute la complaisance possible en faveur de l'intervention opératoire, si, par conséquent nous éliminons, comme indépendants de l'opération, les cas 3 (hydrocéphalie), 5 et 6 (enfant présumé mort avant la section utérine), 10 (enfant non à terme), nous restons en

(1) Nous reparlerons de ce cas à propos des césariennes suprasymphysaires itératives.

présence de 11 cas de mort, ce qui donne une *mortalité fœtale opératoire* de 4,66 o/o. (1)

Enfin pour finir, remarquons, avec M. Jeannin que l'enfant naît très fréquemment en état de mort apparente. (*Au moins* 29 fois sur les 240 cas de notre statistique.) Mais c'est là un fait qui s'observe également à la suite de la césarienne classique.

Nous ne voulons cependant pas terminer ce chapitre de pronostic opératoire, sans remarquer que notre statistique qui commence à fin juillet 1909 est très peu différente, quant au pourcentage de mortalité et de morbidité, de celle que donnait en 1909 M. Jeannin. L'opération était alors toute nouvelle et il était permis d'espérer qu'une pratique plus expérimentée arriverait à réduire le nombre des insuccès. Il n'en a rien été, au contraire ; et il semble bien établi que les chiffres établis plus haut sont inhérents aux procédés opératoires eux-mêmes et non à la plus ou moins grande habileté des opérateurs. Nous aurons lieu de faire la même remarque au sujet des incidents opératoires, que nous allons maintenant passer en revue.

(1) La statistique totale de 1907 à 1912 donne les chiffres suivants : 350 cas. Mortalité fœtale totale : 24 cas, soit 6.28 o/o. Mortalité fœtale expurgée : 15 cas, soit 4.28 o/o.

Incidents opératoires

Les difficultés et incidents opératoires sont nombreux et c'est naturellement la méthode extra-péritonéale, d'une technique plus délicate qui en enregistre le plus grand nombre.

Au cours des césariennes transpéritonéales, on note que, dans quelques rares cas, les *pincés à forcipressure* ou les *sutures provisoires* ont cédé au cours de l'extraction de l'enfant ou de la délivrance.

Cas de FRAIPONT : une pincée cède pendant la délivrance. (*L'Obstétrique* juin 1909)

Cas de BAÜMM : La suture péritonéale cède pendant la sortie de la tête ; 2^e suture. Mort le 3^e jour, pelvi péritonite et phlegmon de la paroi. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 42).

Cas de REIFERSCHIED : A l'extraction de l'enfant, les sutures péritonéales cèdent ; 2^e suture. Mort le sixième jour. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909, n° 33).

Cas de FRITSCH : Légère déchirure des sutures périlon. Guérison après fièvre jusqu'à 39° (Zentralbl. f. Gyn. 1909, n° 33).

Cas de REIFFERSCHIED : Même incident (Zentralbl. f. Gyn. 1910, n° 33).

Cas de RICHTER : Même incident (Arch. f. Gyn. n. 2).

Dans un cas d'HOFMEIR le péritoine a été déchiré pendant des manœuvres de version, de même que l'angle supérieur de l'incision utérine (Zentralbl. f. Gyn. 1908 n° 29).

Enfin Selleim eut les mêmes accidents, et dans deux cas différents (Zentralb. f. gyn. 1908 n° 40.)

Peut-être, dans tous ces cas, ne faut-il pas trop incriminer le principe opératoire en lui-même et peut-on dire que ces accidents eussent été évités avec une incision, péritonéale ou utérine, plus étendue.

C'est avec la méthode extrapéritonéale que nous allons pouvoir noter les accidents les plus nombreux.

Ces accidents relèvent tous d'un même facteur : le décollement du péritoine. C'est dans ce temps de l'opération, en effet, que réside toute la difficulté de la technique de la césarienne extrapéritonéale.

a) 3 fois en effet, dans la statistique de Jeannin, et 8 fois dans la nôtre, c'est-à-dire 11 fois, le chirurgien, pour des causes diverses a été contraint d'aban-

donner la voie extrapéritonéale pour avoir recours à la transpéritonéale.

Ce fut le cas de *Pfannenstiel* (1), *Uthmoller* (2), *Fraipont* (3), de *Kustner*, qui dut faire une incision supplémentaire du péritoine au cours d'une extrapéritonéale (*Munch. M. Woch*, 1909 n° 34), de *Kustner* encore, qui ne put parvenir à décoller le péritoine très adhérent (*idem*), de *Lange* qui, par deux fois, se trouva en présence d'un cul-de-sac vésico-utérin trop profond (*Monats. f. g. u. g.*, Bd XXXI.), de *Baisch*, encore qui, ayant eu au moment de la section utérine une hémorragie inquiétante, préféra terminer au plus vite en faisant une transpéritonéale (*Zentralb. f. gyn.*, 1911, n° 43) de *Solms* enfin qui ouvrit à dessein le péritoine pour pouvoir mieux combattre une hémorragie profuse et élargir le champ opératoire. (*Ibid.* 1910, n° 43.) Nous ajouterons un cas intéressant de *Kustner* : il s'agit d'une femme qui, 15 mois auparavant, avait subi une césarienne extra-péritonéale et chez qui il trouva des adhérences cicatricielles fortes entre la vessie et le cul-de-sac péritonéal d'où impossibilité de décoller ce dernier (*Munchener Mediz. Wochens*, 1909 n° 34.)

b) La *déchirure du péritoine* est, de beaucoup, l'accident le plus fréquent. M. Jeannin la nota 14 fois sur 65 cas — soit une proportion de 21,5 o/o.

(1) Observation LV ou travail de Jeannin.

(2) Observation LXXXIV du travail de Jeannin.

(3) Observation CXIV du travail de Jeannin.

Nous même, sur 162 césariennes extrapéritonéales, l'avons notée 42 fois, soit une proportion de 26 o/o (1)

Sur le total de 227 cas, la déchirure du péritoine a donc été observée 56 fois, soit une proportion de 25 o/o (le quart des cas !)

Cet accident a pu survenir dans deux conditions : au *moment de l'extraction* de l'enfant (22 fois) ou au *cours du décollement de la séreuse* (34 fois).

Le décollement de la séreuse ! Voilà le point faible, délicat, difficile, de la méthode extrapéritonéale. Déchirures du péritoine, lésions vésicales, hémorragies graves : tous ces accidents ont une même origine : les difficultés du décollement péritonéal, si bien que, ainsi que le fait très justement remarquer M. Jeannin, « ce qui constitue l'intérêt du procédé extrapéritonéal en forme, par contre-coup, la cause d'échec. »

Ce sont ces difficultés qui avaient fait abandonner autrefois la méthode extrapéritonéale de Selheim ; c'est dans l'espoir de rendre ce temps de l'opération plus facile que Latzko, Doderlein imaginèrent leurs procédés de décollement latéral ; ils y

(1) Une fois de plus, remarquons que la proportion des incidents est aussi grande en ces dernières années qu'au temps où la césarienne extrapéritonéale était encore une opération toute nouvelle ; ils semblent donc bien relever, non des opérateurs, mais des réelles difficultés de la technique.

ont réussi relativement (1), mais combien cette voie extra-péritonéale réserve-t-elle encore de surprises, souvent funestes !

c) La *déchirure de la vessie* a été observée 3 fois sur les 65 cas de Jeannin, soit une proportion de 4,6 o/o, et 5 fois sur nos 162 cas, soit une proportion de 3,50 o/o.

Latzko, observa cet accident au cours d'une césarienne faite d'après sa méthode : une valve défec-tueuse ouvrit la vessie. (*Zentrabl. f. gyn.* 1909, n° 8). *Pfannenstiel* (*ibid.* 1908, n° 10) et *Fraipont* (*L'obstétrique* juillet 1909) déchirèrent la vessie pendant les tentatives de décollement [de la séreuse. *Kneise* eut une perforation de la vessie de la grosseur d'un pois, chez une femme atteinte de pyélite : 50 cmc d'urine très chargée en coli-bacilles s'écoulent sur le champ opératoire. Guérison (*Munch. med. Woch* 1909 n° 36). *K. Moravshi* (*Zentralb. f. gyn.* 1910 n° 31) et *Litshüss* (*Journ. f. Geb. u. gy.* 1910 p. 636) observent le même accident ; ces 3 derniers cas se produisirent également lors des tentatives de décollement. Dans un cas de *Lange* (de Posen) la lésion fut pro-

(1) Comparaison des différentes méthodes extrapéritonéales, au point de vue des incidents opératoires.

Statistique de Jeannin. (loc. cit.).

Méthode de Sellheim, 37 cas, 13 déch. du péritoine, 2 déch. de la vessie.

Méthode de Latzko, 28 cas, 1 déch. du péritoine, 1 déch. de la vessie.

Statistique de Sigwart (*Zentralblatt f. Gynak.* 1910 n° 48).

Méthode de Sellheim, 11 cas, 8 déch. du péritoine, 3 déch. de la vessie.

Méthode de Latzko, 13 cas, 3 déch. du péritoine, 1 déch. de la vessie.

duite par une aiguille malhabilement conduite. *P. Strass* contusionna fortement la vessie, au cours d'une application de forceps. (*Zentralb. f. gy.* 1910, n° 48).

Dans ces différents cas, une suture fut faite immédiatement au catgut et les opérées guérirent sans complications du côté de l'appareil de la miction, sauf celle de *Litsküß* qui garda durant 6 semaines une fistule urinaire qui se ferma spontanément.

d) *L'hémorragie grave* a été observée dans des conditions diverses.

1° *Au moment de la section utérine* : 5 fois sur 227 opérations extrapéritonéales. Cet accident n'est d'ailleurs pas entièrement imputable au procédé ; on l'a observé 3 fois au cours de césariennes transpéritonéales et la césarienne classique n'en est pas non plus complètement exempte.

2° *Au cours de la délivrance* : 6 fois dans notre relevé. La même remarque peut s'appliquer à cet incident, et nous verrons plus loin comment certains auteurs (en particulier *E. Frank*) ont pu l'éviter.

3° *Au cours du décollement du péritoine ou de la vessie*, voici, au contraire, un accident qui est propre à la méthode extrapéritonéale. *Frank* l'observa quand il décolla le péritoine de la face postérieure de la vessie (*Arch. f. gny.* 1907. Bd LXXXI.) *Uuthmoller*, dans un cas dont nous avons déjà parlé, fut contraint par l'abondance de l'hémorragie de terminer en transpéritonéale une césarienne extrapéritonéale au cours de laquelle, pendant les tentatives

de décollement du péritoine, se rompit une veine rétro vésicale. (*Zentral. f. gyn.* 1908, n° 45); dans deux des cas rapportés par K. Baisch (*Ibid.* 1910, n° 43), le même accident se produisit; dans l'un des cas, l'opérateur dût terminer rapidement en incisant le péritoine; dans l'autre, l'hémorragie fut importante. La femme eut une syncope, le chirurgien fit l'extirpation de l'utérus.

FRAIPONT (*Le Salpel*, 19 VII 1908) observa pendant le décollement du péritoine et l'abaissement de la vessie une hémorragie peu abondante et Franz, après déchirure du péritoine, vit se former un hématome sous-séreux. (*Praktische Ergebn. der geb. u. gyn.* 1909, 1^{re} année, 1^{re} partie.)

Cet accident n'est sans doute pas très fréquent, ainsi qu'on a pu le voir (6 cas sur 227 extrapéritonéales). Il n'en reste pas moins un facteur de complication, toujours possible, puisque des opérateurs aussi exercés que Frank et Fraipont n'ont pu l'éviter. Or, sait-on jamais la limite de gravité qu'une hémorragie supplémentaire peut avoir chez une parturiente, déjà affaiblie et qui perdra sans doute encore une grande quantité de sang au moment de la délivrance ?

Résultats éloignés

Ce chapitre, on le conçoit aisément, sera assez succinct, en raison de la création relativement récente de l'opération qui nous occupe.

Cependant divers auteurs ont enregistré des accouchements spontanés chez des femmes qui avaient précédemment subi une césarienne supra-symphysaire. *Lichteinstein* en a réuni 11 cas où tout s'est passé normalement (*Zentral. f. gyn.* 1910, numéro 26). *E. Frank* de même, accoucha une femme qui, 17 mois auparavant, avait été opérée (à sa 3^e grossesse) d'après le procédé de Latzko. (Bassin rétréci : conj. diag. 10 1/2 ; dilatation du col avec des bougies de Hegar). Il n'y eut aucun incident et à l'examen de l'utérus, on ne trouva nulle trace de l'opération antérieure. (*Ibid.*, 1911, numéro 6.) Faits plus intéressants, *Scheffzek*, de Breslau, communiqua l'observation d'une césarienne supra-symphysaire itérative, sans complications. (*Deutsc. medic. Woch.* 1909, n° 32), et *Hartmann*, assistant

de F. Frank publia au Congrès de Salzbourg 1909, huit cas de césariennes supra-symphysaires itératives, puis quatre nouveaux cas, tous chez des opérées par la méthode de Frank. La cicatrice utérine ancienne ne fut jamais une cause de difficulté ou d'échec ; souvent même à un examen cependant attentif, il fut impossible d'en retrouver trace. (*Zentralb. f. gyn.* 1910, n° 28). (1) Une femme de 24 ans, II pare, à bassin rétréci ; conj. vera. au-dessous de 6, qui avait, un an auparavant, été accouchée par césarienne supra-symphysaire transpéritonéale, fut opérée derechef par W. Rudeska : la cicatrice cervicale était très résistante et supportait admirablement les contractions pourtant très fortes (*Ibid.* 1910, n° 35). Pour finir cette nomenclature de cas heureux, je citerai l'opérée de P. Strass (*ibid.*, 1910, n° 48.) Cette femme, à bassin généralement rétréci, fut opérée dans des conditions très défavorables : Les membranes étaient rompues depuis long temps ; la température était montée à 38°9. L'enfant accusait des signes de souffrance. Au cours de l'intervention (Procédé de Sellheim I^{re} man.) le péritoine fut déchiré. Il se produisit une légère suppuration de l'angle gauche de la plaie. La femme guérit. Un an après on fit, pour une tumeur de l'ovaire une laparo-

(1) Il est intéressant de noter que l'une des opérées citées par Hartman a subi la césarienne suprasymphysaire 3 fois. C'était une femme de 40 ans, VII^e pare. Les deux césariennes eu 1906 et 1909. La dernière le 26-XI-09. (Procidence du cordon, enfant mort). L'involution utérine fut normale.

tomie ; on put se rendre compte que la césarienne n'avait laissé aucune trace.

Néanmoins il ne faudrait pas, en se basant sur ces 17 cas, établir un pronostic trop favorable des suites éloignées de la césarienne suprasymphysaire. Evidemment il faut attendre une série plus longue d'opérations itératives pour pouvoir établir une proportion qui traduira la réalité des faits.

D'ailleurs divers auteurs ont accusé la césarienne suprasymphysaire de méfaits variés et permanents.

La statistique de *Sigwart* est très instructive, à ce point de vue.

Sur 27 opérées, 10 furent revues après l'intervention. Chez 6, il y avait *rétroflexion* de l'utérus, chez 4, des *adhérences* entre le col utérus et la cicatrice abdominale immobilisant le segment intérieur. Chez 2 seulement, l'utérus était bien mobile. De plus, *Sigwart* confirme les constatations de *Baümm* qui souvent trouva, chez ses opérées, une *version de l'utérus* à droite le col étant attiré vers la gauche. Cette dextro version n'est pas imputable, comme on pourrait le croire, au procédé latéral de *Latzko* ; elle se retrouve également chez les opérées de *Selheim* I^{re} man.

Citons également le cas de *Küstner* qui eut à opérer une femme qui, 15 mois auparavant, avait subi une césarienne extra-péritonéale. La dilatation et l'effacement du col se faisaient très mal. Au cours de l'intervention, *Küstner* rencontra entre la vessie et le péritoine, de telles adhérences cicatricielles

qu'il ne put faire le décollement de la séreuse et dut l'inciser. Il put également se rendre compte de visu que la dilatation et l'effacement du col avaient été empêchés par la cicatrice ancienne.

Nous n'avons pu trouver de cas de *ruptures* de l'utérus portant une cicatrice de césarienne supra-symphysaire. Il est évident, à priori, que cet accident doit être exceptionnel après les incisions du segment inférieur si l'on fait intervenir dans sa genèse la distension utérine et l'insertion placentaire au niveau de la cicatrice. Mais ce ne sont pas là les seuls facteurs de la rupture utérine. La mode d'incision et de suture, l'inclusion de muqueuse qui affaiblit la cicatrice, l'infection et la suppuration de la plaie utérine jouent également un rôle essentiel. Et on a vu précédemment combien étaient fréquentes les suppurations locales après la césarienne supra-symphysaire.

Nous le répétons : nous n'avons pas encore en main les éléments nécessaires et suffisants pour établir le pronostic éloigné de la césarienne supra-symphysaire. L'avenir seul nous renseignera à ce sujet.

Indications de la Césarienne suprasymphysaire

Comme toute opération nouvelle, la césarienne suprasymphysaire eut, à ses débuts, des partisans enthousiastes qui voyaient en elle l'intervention idéale, destinée à remplacer tous les autres procédés d'accouchement artificiel, et pour tous les cas de dystocie:

Dührssen, entre autres, en parlant de cette opération qu'il a décrite avec son assistant Solms, et que très euphémiquement il surnomma la *Bouddhaschnitt*, n'hésitait pas à la déclarer « de nature à remplacer l'accouchement provoqué, la césarienne classique (même dans les cas aseptiques) l'hébotomie, l'embryotomie sur l'enfant vivant, la version prophylactique, le forceps au détroit supérieur ».

Sellheim, dans son premier mémoire, considérait également les avantages de la section extra-péritonéale de l'utérus si grands, qu'elle était destinée, dans son esprit, non seulement à remplacer l'opéra-

tion césarienne et à limiter les indications de l'opération de Porro, mais aussi à rendre inutiles, du moins dans nombre de cas, l'hébotomie et la césarienne vaginale.

Sans aller aussi loin, d'autres auteurs (Bümm, Fraipont, etc.) proposaient de délaissier, en faveur de la suprasymphysaire, toute autre section césarienne, et, en mars 1908, Bümm déclarait que « celui qui a pratiqué la nouvelle opération ne voudra plus employer la technique classique ».

Aujourd'hui cet enthousiasme est un peu tombé, et, dès mars 1910, le même auteur, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, revenait sur ses déclarations et jugeait imprudente une opinion émise dans l'emballement des débuts.

Peu à peu, le cercle des indications s'est rétréci ; essayons d'en fixer les limites aujourd'hui.

La césarienne suprasymphysaire a été conseillée et pratiquée pour trois cas principaux :

L'éclampsie, le placenta prævia, les rétrécissements pelviens. Envisageons tour à tour chacune de ces indications.

I. — La section suprasymphysaire dans l'éclampsie.

En présence d'une éclampsie — avec accès graves et rebelles au traitement médical — l'accoucheur a sa ligne de conduite nettement tracée : évacuer l'utérus dans le plus bref délai possible.

Pour réaliser cette indication quel procédé emploiera-t-il de préférence ?

a) *L'accouchement forcé* (ou plutôt l'accouchement méthodiquement rapide) à la faveur de nombreux accoucheurs. La dilatation bimannuelle de Bonnaire, notamment, est un procédé simple, élégant, non sanglant et qui ne demande que du tact et de la patience. Malheureusement il n'est pas applicable à tous les cas.

Les primipares âgées (et c'est le cas de beaucoup d'éclampsiques) ont des tissus inextensibles. Le col peut avoir une rigidité anatomique ou pathologique qui s'oppose à toute dilatation, sous peine de voir l'utérus se déchirer. Enfin il peut exister un rétrécissement pelvien qui rendra inutile toute manœuvre destinée à préparer une voie à travers le col.

L'accouchement forcé, procédé de choix, devra donc, dans ces cas, être abandonné.

b) *La césarienne virginale* a été surtout préconisée par son auteur, Dührssen, en cas d'éclampsie. C'est un procédé rapide, qui reste entièrement extrapériné et comportant le minimum de shock opératoire. Malheureusement c'est un procédé aveugle ; l'hémorragie, parfois, souvent même, abondante, est difficilement combattue dans un champs opératoire caché à la vue du chirurgien ; les lésions de voisinage (vessie) ne sont pas impossibles. C'est en somme une opération d'une technique déjà délicate et qui demande à être faite dans des conditions particulièrement bonnes.

Pas plus que l'accouchement méthodiquement rapide, il n'est pas applicable aux éclamptiques chez lesquelles existe un rétrécissement pelvien. Enfin on peut se trouver chez les albuminuriques, en présence d'un œdème local qui rend la césarienne vaginale très difficile, sinon impossible (*Lange* a observé deux cas de cette nature, dans lesquels il fit, avec succès d'ailleurs, une césarienne suprasymphysaire [*Monats. f. Geb. und. Gy Bd xxxi Heft. s.]*).

La statistique est assez favorable à la césarienne vaginale, dans les cas déclampsie. En 1899 Everke, sur 25 cas n'eut que 8 décès dont 6 par éclampsie et 2 par injection.

Döderlein sur 120 cas d'*hystéro stomatomia* (c'est le nom qu'il réserve à la césarienne vaginale) vit cette opération faite 25 fois pour éclampsie ; il enregistra une mortalité de 20 o/o, due à l'éclampsie elle-même. (*Zentral. f. Gyn.* 1910, n° 43).

c. Il ne semble pas que la *césarienne classique* soit très recommandable en ce cas d'éclampsie. C'est en somme une laparatomie avec toutes ses conséquences possibles : infection et shock opératoire maximum. On sait combien les éclamptiques offrent peu de résistance à l'une et l'autre de ces complications. Nous croyons donc qu'on peut, d'emblée, en cas d'éclampsie, écarter la section césarienne classique. D'ailleurs des statistiques (Kettlitz, Hilmann), donnent une mortalité s'élevant à près de la moitié des cas !

d) Reste la *césarienne supra-symphysaire*. Quels résultats a-t-elle donnée jusqu'ici, en ce cas particulier ? M. Jeannin, sur 8 cas, a enregistré 4 morts. Nous mêmes, sur 8 cas, n'avons eu connaissance que d'une mort. La statistique globale et brute donnerait donc 5 morts sur 16 cas, soit une proportion de 31,2 o/o.

Mais il faut nous méfier de ces chiffres qui ne peuvent aucunement nous aider à juger la méthode opératoire. Dans plusieurs cas (Sellheim, Kröemer, Fromme), la femme était, au moment de l'intervention dans un état très grave, et on ne sait au juste quelle part accorder, dans la mortalité, à l'acte opératoire ou à l'éclampsie elle-même. D'ailleurs, ces statistiques portant sur un nombre de cas très restreint, il est prudent avant d'en tirer des déductions sérieuses, d'attendre des communications nouvelles.

En somme, pour établir les indications de la *césarienne suprasymphysaire* en cas d'éclampsie, il nous semble préférable d'opérer par élimination.

La méthode de choix est l'accouchement méthodiquement rapide.

Là où il n'est pas possible, la *césarienne vaginale*, entre ses mains exercées, donnera les meilleurs résultats.

La *césarienne suprasymphysaire* restera comme dernière ressource en cas d'angustie pelvienne, en cas d'œdème local.

II. — La section suprasymphysaire dans le placenta prævia

Sellheim, dans le *Zentrablatt f. gynakologie* 1908, n° 40, a fait une étude très approfondie des « dangers de la tendance à l'accouchement spontané dans les cas de placenta prævia et leur diminution, grâce à la section extrapéritonéale de l'utérus. »

Ces dangers résident dans la distension, au cours du travail, de l'area placentaire, et dans l'insuffisance des contractions de cette portion distendue de l'utérus, incapables d'assurer l'hémostase. Pour éviter ce double écueil, *Sellheim* a été amené à pratiquer la césarienne extrapéritonéale chez toute femme où le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta a pu être posé avec certitude au cours de la grossesse.

Dans la statistique de *Jeannin*, sont rapportés 8 cas d'opération, par *Sellheim*, pour placenta prævia (dans un de ces cas existait un rétrécissement pelvien : conj. vera = 7,2) : ce furent 8 cas heureux. *Franck*, fit deux fois la section suprasymphysaire, dans des cas de placenta prævia : mais l'indication princeps était l'angustie pelvienne, et dans un de ces cas le placenta prævia ne fut constaté qu'au cours de l'opération : ces deux cas furent suivis de guérison.

Max Henkel rapporte également une observation de césarienne extrapéritonéale pour placenta prævia, avec guérison (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* Bd LXVI. H. 2)

et Sôlms, une observation de Laparo-Kolpo hystérotomie chez une femme à bassin rétréci : conj. diag. 9 1/2, avec placenta prævia ; l'opérateur fut d'ailleurs contraint au cours de l'opération d'inciser le péritoine pour combattre plus aisément une hémorragie profuse.

En somme les seuls cas de césarienne supra-symphysaire où le placenta prævia ait été l'indication princeps, parmi les 240 observations que nous avons relevés sont les 7 cas de Sellhein et celui de Henkel. La mortalité a été nulle.

Certainement on ne peut se baser sur un nombre si restreint de cas, pour établir un pronostic opératoire ; d'ailleurs Döderleincite un relevé de 34 césariennes vaginales avec un seul cas de mort, chez une femme infectée.

On ne compte plus, d'autre part, les femmes sauvées par la méthode de Puzos et par l'accouchement méthodiquement rapide. Les chiffres n'ont donc ici qu'une valeur très restreinte.

Il semble établi néanmoins que la césarienne classique doit être rejetée en ces cas comme en cas d'éclampsie, et pour les mêmes raisons. La césarienne vaginale mérite au plus haut point, dans les cas de placenta prævia, le reproche qui lui a été si souvent fait d'être une opération aveugle, où les hémorragies sont dangereuses et malaisément combattues. La section supra-symphysaire a le grand avantage de se faire au grand jour ; la source de l'hémorragie est mise à nu, le chirurgien l'a pour ainsi

dire, sous les yeux et sous la main, et l'incision porte sur une paroi mince peu vasculaire en elle-même. Deux pinces bien placées, et l'hémorragie est facilement maîtrisée.

Malgré ces avantages, il nous a semblé que les accoucheurs ont peu de tendance à pratiquer la césarienne supra-symphysaire en cas d'insertion vicieuse du placenta. On a pu voir que les observations en étaient très rares, certains auteurs (Lange par exemple) la rejettent délibérément... Il faudra donc attendre des faits plus nombreux pour pouvoir juger la méthode et sa valeur comparative aux autres procédés, l'accouchement forcé notamment.

III. — La section supra-symphysaire et les rétrécissements pelviens

Le rétrécissement du bassin est l'indication de beaucoup la plus fréquente de la section supra-symphysaire ; sur nos 240 cas, nous la retrouvons 227 fois !

M. Jeannin, dans sa statistique, relève 127 opérations supra-symphysaires, pour angustie pelvienne ; il y eut 5 morts maternelles, soit une proportion de 3,09 o/o, la mortalité fœtale fut de 5.58 o/o. Nos 227 cas accusent 10 morts maternelles, et 13 morts de l'enfant.

La statistique totale donne un résultat global de 4,23 o/o de mortalité maternelle, de 8,18 o/o de mortalité infantile.

Deux opérations entrent actuellement en concurrence dans la césarienne supra-symphysaire, dans les cas de rétrécissement pelvien : ce sont la césarienne et l'hébiotomie,

Voyons quels chiffres donnent les statistiques dans les deux opérations.

Césarienne supra-symphysaire et césarienne classique

Pour avoir des proportions comparables entre elles il faut, autant que possible, les établir sur des données égales.

Notre statistique totale de supra-symphysaires pour rétrécissements pelviens nous a donné 4,23 o/o de mortalité maternelle.

La statistique de Léopold (*Arch. f. Gyn.* 1910, p. 453) portant sur 210 césariennes classiques donne une proportion de 4,2 o/o ; celle de Schauta, pour 150 césariennes classiques, une proportion de 2,6 o/o.

En France, nous pouvons tenir pour exacte l'appréciation de M. Doléris, basée sur un ensemble de statistiques particulières et qui estime que la mortalité maternelle des césariennes classiques oscille entre 2 à 3 o/o (*La Gynécologie*, 1911, n° xv).

A s'en tenir aux chiffres bruts, *un avantage certain et sensible reviendrait donc à la césarienne classique.*

Mais nous devons à la vérité de déclarer que ces chiffres ne peuvent aucunement se comparer. De-

puis longtemps déjà, en effet, la césarienne classique a ses indications précises ; elle est soigneusement, et avec raison, évitée dans les cas où existe le moindre soupçon d'infection. Il n'en est pas de même pour la césarienne suprasymphysaire : durant ces quatre années qu'embrasse notre statistique, cette opération fut effectuée dans les conditions les plus diverses : femmes notoirement infectées, femmes en travail depuis des heures, voire des jours, avec un œuf ouvert, ayant subi en ville des examens multiples et suspects, etc.

Nous aurions aimé pouvoir établir, en ce qui concerne la césarienne suprasymphysaire, un tableau analogue à celui que Routh communiquait au Congrès de gynécologie de St-Petersbourg :

Sur 1.000 césariennes classiques (dont 826 pour bassin rétréci), la mortalité maternelle s'était divisée ainsi :

4,3 o/o dans les opérations faites avant le début du travail.

4,7 o/o dans les opérations faites après le début du travail, les membranes étant intactes.

9,4 o/o dans les opérations faites après le début du travail, les membranes étant rompues.

35,4 o/o dans les opérations faites après le début du travail, après touchers répétés et manœuvres obstétricales en ville.

Malheureusement, les éléments nous ont manqué : un trop grand nombre de nos observations étaient muettes ou peu explicites en ce qui concernait l'état de la femme avant l'intervention.

Néanmoins nous avons pu recueillir vingt observations où les détails étaient suffisants pour nous permettre de les faire entrer dans les deux dernières catégories de Routh : la mortalité maternelle, dans ces cas très suspects d'infection ou notoirement infectés, a été de 20 o/o. Il y aurait donc un certain avantage en faveur de la méthode suprasymphysaire.

Essayons maintenant, afin d'en pouvoir mieux préciser les indications, de discerner les avantages et les inconvénients propres à chacune de ces deux méthodes.

1^o FACILITÉ ET DURÉE DE L'ACTE OPÉRATOIRE. — Sans nul doute, la césarienne classique est, de beaucoup, plus simple et, de ce fait, plus rapidement exécutée.

L'incision nette et simple du corps utérin sera toujours plus facile que l'incision profonde du col et du segment inférieur.

Avec la première, l'utérus est ouvert en quelques minutes et l'extraction aussitôt faite ; avec la seconde, il s'écoule un temps sensiblement plus long entre l'incision cutanée et l'incision utérine ; variant suivant les opérateurs, la durée totale d'une césarienne suprasymphysaire a duré parfois jusqu'à 1 heure et demie !

A ce point de vue, le décollement du péritoine tient une grande place ; la méthode transpéritonéale est donc d'une technique incontestablement plus facile.

Quant à la laparo-kolpo-hystérotomie, Dürhhsen

affirme qu'elle est d'une exécution très facile ; Liepmann, par contre, après avoir pratiqué la même opération, qui dura 58 minutes, la déclare la plus difficile des opérations obstétricales ! La vérité est sans doute entre ces deux opinions extrêmes.

Nous ajouterons cependant que cette plus ou moins grande facilité de l'acte opératoire est une considération qui peut avoir une grande valeur pratique, dans certains cas ; mais c'est là un argument extra-scientifique qui ne peut servir à juger une méthode.

2° ACCIDENTS AU COURS DE L'INTERVENTION. —

Nous avons vu précédemment que la blessure de la vessie est loin d'être une rareté au cours de la césarienne suprasymphysaire, soit au cours du décollement de la céreuse, soit au moment de l'extraction, soit par un instrument : valve, forceps ou aiguille. Dans la césarienne classique, l'intestin peut être blessé ; mais cet accident est certainement plus facile à éviter que les lésions vésicales de la suprasymphysaire.

La question de l'hémorragie est assez controversée. Les partisans de la section cervicale sont unanimes à déclarer les dangers d'hémorragie très réduits dans cette opération, où l'on incise une région peu vasculaire. Le fait est anatomiquement exact, mais nous avons vu, dans un chapitre précédent, que l'hémorragie grave, au moment de la section utérine, peut se produire également dans les inci-

çons basses ; de plus, le décollement du péritoine peut occasionner la déchirure de veines rétro-vésicales, ou la formation d'un hématome sous-péritonéal : la césarienne classique est naturellement à l'abri de ces accidents.

D'ailleurs l'hémorragie sera peut-être plus facilement combattue avec l'incision de la césarienne classique et d'un autre côté, ainsi que le fait justement remarquer M. Jeannin, le corps utérin, plus riche en éléments musculaires que le col, réussit mieux à établir l'hémostase (1).

3^e MODE D'ACCOUCHEMENT. — Les partisans de la section cervicale reprochent volontiers à la césarienne classique de s'éloigner du principe habituel de l'obstétrique opératoire qui est de se rapprocher le plus possible de la parturition naturelle et de s'attaquer à la partie active de l'utérus, et non simplement aux voies destinées à l'expulsion du fœtus. Ici encore, l'argument est vrai théoriquement. Mais si nous parcourons les observations, nous sommes frappés de ce fait que dans la grande majorité des cas on a appliqué le forceps, ou, à défaut, pratiqué une version. Est-il donc bien vrai que la partie contractile de l'utérus restant indemne, cet organe continue à jouer son rôle habituel, l'accouchement restant aussi semblable que possible à la parturition physiologique ?

(1) Pour éviter les hémorragies de la délivrance, E. Frank a recommandé de faire des sutures utérines sitôt après l'extraction de l'enfant et laisser la délivrance se faire naturelle, par la voie vaginale. L'hémorragie est alors absolument physiologique.

En ce qui concerne la délivrance, elle fut très souvent artificielle et sinon, aidée par l'expression utérine. Plusieurs auteurs, entre autres E. Frank (*Zentralbl. f. gyn.* 1911, n° 6) ont laissé la délivrance se faire, naturellement, par la voie vaginale, et suturaient l'utérus sitôt le fœtus extrait. Cette pratique a donné des résultats favorables : l'hémorragie de la délivrance notamment, était très réduite.

4^e RISQUES D'INFECTION. -- C'est pour éviter ces risques d'infection que la méthode suprasymphysaire fut imaginée. Eviter l'infection *du péritoine* par la plaie utérine et étendre aussi les indications de la césarienne aux cas où le travail est avancé et où l'on peut avoir des doutes sur l'aseptie du contenu de l'utérus, telle fut la préoccupation constante des auteurs. C'est là que réside l'intérêt principal, la raison d'être même, de la césarienne suprasymphysaire.

Malheureusement, les faits n'ont pas réalisé les espérances des premiers opérateurs.

Baumm, Sellheim, Kronig, Kustner, Van Ros-thorn, Reifferscheid et d'autres, pratiquèrent l'opération nouvelle dans des conditions d'asepsie très mauvaises et leur tentative ne fut pas heureuse. Peu à peu, les auteurs allemands se rendirent à l'évidence des faits et aujourd'hui bien rares sont ceux qui, délibérément, font une section césarienne, aussi bien extrapéritonéale que transpéritonéale ou classique, lorsque la femme est en puissance d'infection.

On est déjà loin de la première opinion de Frank, qui déclarait que « chez les femmes infectées chez lesquelles même les pubiotomies ne sont pas sans dangers, la césarienne suprasymphysaire se présente comme une méthode bénigne, de nature à sauver la mère et l'enfant. » D'ailleurs, dès 1909, Sellheim reconnaissait si bien les dangers de son opération, ainsi que de celle de Frank, dans les cas infectés, qu'il imagina, spécialement pour ceux-ci, son procédé de la fistule utéro-pariétale. Et toutes les tentatives ultérieures et techniques nouvelles furent toutes dominées par la même idée, inspirées par le même espoir : créer une opération césarienne bénigne, s'appliquant aux femmes suspectes d'infection !

En 1908, Pfannenstiel rejetait déjà les césariennes suprasymphysaires chez les femmes infectées et conseillait, en ces cas, la perforation comme méthode de choix (*Zentralb. f. gyn.* 1908, n° 10. p. 313).

C'est également cette opinion que soutenait Sellheim au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg (1910) ; Doderlein, K. Franz et Veit, Latzko (*Frauenarzt*, 1910, Heft. 6) émettent le même avis — et nous l'avons dit, la majorité des accoucheurs allemands les a suivis.

C'est que, en effet, les avantages d'une section extrapéritonéale sont peut-être plus apparents que réels. M. Doléris, au Congrès de St-Petersbourg, a fort bien résumé la question :

« Connait-on exactement l'intensité du germe in-

fectieux ? Jusqu'où a-t-il déjà pénétré quand on opère ? N'a-t-il pas déjà une puissance de pénétration qui déjouera toutes les précautions qu'on se propose de prendre ? De plus, le terrain opératoire en réalité isolé de la cavité utérine, lui reste adossé et d'un contact assez immédiat pour qu'un processus infectieux un peu énergique se propage rapidement et facilement à la grande cavité péritonéale : Le stréptocoque ne respecte pas ces barrières.

Est-il permis de dire que le danger est moindre lorsque les ichors infectieux viennent au contact d'une plaie cellulo-musculaire riche en veines et en lymphatiques, que lorsqu'ils tombent directement dans le péritoine ?

Et M. Doléris proteste contre la phobie de la péritonite qui paraît faire oublier que l'infection peut suivre d'autres voies et notamment infecter le tissu cellulaire pelvien (1).

5^e RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — On a souvent reproché à la césarienne classique d'exposer fréquemment aux risques d'éventration abdominale, d'adhérences avec l'épiploon et de ruptures de l'utérus. Nous ne pouvons nier que ces accidents aient été

(1) BARDLEBEN, à propos d'un cas mortel observé par lui, et suivi d'autopsie, put constater la réalité du rôle joué par le tissu cellulaire pelvien, même dans les cas d'infection très légère. Consécutivement, il fit quelques expériences en vue de contrôler les défenses du péritoine et du tissu cellulaire pelvien. 1/10^e de cultures pures de stréptocoques amenèrent chez les animaux en expérience, une réaction locale sensible, une ascension thermique de 3 degrés, des signes de fatigue et de l'inappétence. Une dose de 5 cmc dans le péritoine resta sans effet ni réaction d'aucune sorte. (*Zentr. f. Gyn.* 1910, n° 48).

observés. Mais la césarienne supra-symphysaire n'en est pas, elle non plus, complètement indemne. Dans un cas de césarienne itérative, de Frank, la femme présentait, à l'extrémité gauche de la cicatrice transversale supra-symphysaire, une éven-tration très appréciable. D'autre part nous avons, plus haut, cité le cas de Küstner, et la statistique de Sigwart qui nous ont averti de la possibilité d'adhé-rences ou de déviations utérines après la section supra-symphysaire.

En ce qui concerne les ruptures utérines, consé-cutives aux césariennes, on a voulu voir dans le siège de l'incision au segment inférieur, une garan-tie sérieuse contre les risques de rupture. La ques-tion, à notre avis, peut se poser de la sorte : quelles sont les causes de la rupture utérine après l'opéra-tion césarienne ?

Vogt, à la Société Gynécologique de Dresde (*Zen-tral. f. gyn.* 1911, n° 34) n'attribue à la distension utérine, à l'insertion du placenta sur la cicatrice, au mode d'incision et de suture, à la résorption des fils, qu'un rôle secondaire comparé à celui de l'infection. Et nous avons su que la césarienne supra-symphy-saire est loin d'être à l'abri de la suppuration de la plaie opératoire ! L'insertion du placenta sur la cicatrice a certainement plus de chances de se pro-duire en cas de césarienne classique : cependant on sait que le placenta s'insère le plus souvent sur la face postérieure de l'utérus et non sur le fond (Fritsch) ou la face antérieure (Bar) lieux d'élection

de la césarienne classique. Toute cicatrice césarienne sur laquelle s'insérera un œuf n'est d'ailleurs pas vouée à la rupture. M. Bar a 3 fois, au cours d'opérations itératives, observé l'insertion du placenta au niveau de la cicatrice, sans qu'il se soit produit d'accident.

Voici donc la césariennè suprasymphysaire découronnée de son intérêt principal. Dans quel cas restera-t-elle indiquée ? Nous le verrons plus loin. Auparavant il nous faut établir un autre parallèle, celui de la

b) **Césarienne suprasymphysaire** et de l'**hébotomie**

Ces deux opérations ont un point commun ; toutes deux ont été conseillées dans les cas où l'infection utérine est fortement soupçonnée.

Comparons d'abord les résultats fournis par les statistiques.

Nos 357 cas de césariennes suprasymphysaires, (de 1907 à 1911), pratiquées pour rétrécissement pelvien, nous ont donné :

Mortalité maternelle : 4,23 o/o

Mortalité foétale : 8.18 o/o

Pour apprécier les résultats de l'hébotomie nous avons à notre disposition parmi les statistiques les plus récents

celle de Roth (1) (85 cas) :

Mortalité maternelle : 1,2 o/o

Mortalité foétale : 6 à 8 o/o

(1) *Archiv. f. Gyn.*, 1910, Heft 2.

celle de Schâfli (1) (500 cas) :

Mortalité maternelle : 4. 37 o/o

Mortalité fœtale : 9. 18 o/o

celle de Rômer (1) (300 cas) :

Mortalité maternelle : 1. 7 o/o

Mortalité fœtale : 4. 65 o/o

Ces chiffres sont sensiblement à l'avantage de l'hébotomie. Peut-être même la mortalité fœtale serait-elle encore diminuée, dans cette dernière opération, si, une fois la section osseuse faite, l'extraction était toujours délibérément pratiquée artificiellement, sans attendre un accouchement spontané.

Est-il nécessaire d'énumérer longuement les avantages et les inconvénients de l'hébotomie ? Cette étude a été souvent faite et est certainement présente à l'esprit de tous.

Qu'il nous suffise de rappeler qu'il y a deux contre-indications formelles à l'hébotomie : 1°) l'atrésie, physiologique et pathologique, des parties molles ; 2°) l'angustie pelvienne, à partir d'une certaine limite (conj. vera. 6,75, d'après Léopold), et une contre-indication relative mais qui a sa grande importance : la primiparité. Ajoutons enfin que, dans les cas infectés, l'hébotomie peut-être regardée comme dangereuse.

Nous pouvons à présent conclure, et essayer de préciser les indications de la césarienne suprasymphysaire dans les bassins rétrécis.

(1) Article de Seeligmann (*Zentralb. f. Gyn.*, 28 octobre 1911.

En résumé, trois cas sont à envisager :

1^o *L'asepsie est certaine* ; la césarienne classique est l'opération de choix, facile, sûre et rapide. Les inconvénients existent, au même degré peut-être, dans la césarienne supra-symphysaire, et cette dernière ne possède pas tous les avantages de son aînée.

2^o *La femme est infectée* :

La césarienne classique est nettement contre-indiquée. La césarienne supra-symphysaire est dange-reuse, incertaine, et les risques de mort maternelle sont très grands.

Quelle conduite tenir ?

Il faut, évidemment, s'inspirer des circonstances. La perforation est la méthode de choix, au point de vue mortalité maternelle.

Mais si la femme désire un enfant vivant, il reste la ressource de trois interventions :

L'*hébotomie* (1), qui est peut-être la plus sûre, mais qui est limitée par un certain degré d'angustie pelvienne et peut être empêchée par l'atrésie en parties molles.

En ces deux cas, il reste :

La *fistule utéro-pariétale de Sellheim* : c'est une méthode qui satisfait assez l'esprit, mais au sujet de laquelle les éléments d'appréciation manquent encore ;

La *césarienne mutilatrice* (Porro ou hystérectomie

(1) Encore ne faut-il pas un état d'infection grave.

totale) : c'est une opération dont la technique est bien définie, dont les résultats, au point de vue lethalite maternelle, sont favorables.

On conçoit que nulle règle générale ne peut être établie et qu'entre ces deux interventions l'accoucheur devra tirer ses indications de chaque cas particulier.

3. *Le cas est douteux.*

C'est ici peut-être que la suprasymphysaire aura son indication, lorsque les dimensions du bassin osseux ou l'état des parties molles auront formellement fait éliminer l'hébotomie — et *alors seulement*, à notre avis, car il ne faut oublier, et nous ne saurions assez y insister, que la section extrapéritonéale ou transpéritonéale supra-symphysaire reste aléatoire, quelle que soit l'habileté de l'opérateur. Les incidents opératoires sont toujours à craindre *qui feront de cette extrapéritonéale une césarienne péritonéale* et, même, lorsque l'intégrité du péritoine, a été complètement respectée, l'infection latente peut déterminer les accidents les plus graves.

CONCLUSIONS

1° La césarienne supra-symphysaire, jugée sur un ensemble de cas échelonnés de 1907 à fin 1911, a donné les résultats suivants :

Pour la <i>mère</i> :	Mortalité globale.....	6,04 o/o
— —	par infection	4,18 o/o
—	Morbidité globale.....	32,44 o/o
— —	par infection	28,9 o/o
Pour <i>l'enfant</i> :	Mortalité globale.....	6,28 o/o
— —	expurgée...	4,28 o/o

2° Ces chiffres ne donnent aucun avantage à la césarienne supra-symphysaire sur les autres opérations obstétricales ayant des indications analogues.

3° Les indications de la césarienne supra-symphysaire se sont singulièrement réduites, depuis sa création.

Elle a été pratiquée en cas d'éclampsie, d'insertion vicieuse du placenta, du rétrécissement du bassin.

A. dans l'ECLAMPSIE, elle se trouvera indiquée lorsqu'on aura dû éliminer d'abord, l'accouchement méthodiquement rapide, qui est le procédé de choix, ensuite, la césarienne vaginale. La césarienne suprasymphysaire restera comme dernière ressource en cas d'angustie pelvienne, en cas d'œdème ou d'atrésie des parties molles.

B. dans le PLACENTA PROEVIA, la césarienne supra symphysaire est supérieure aux césariennes classique et vaginale. Mais d'autres méthodes thérapeutiques en usage contre cet accident de la grossesse donnent des résultats très favorables : en tous cas nous ne disposons encore que d'un nombre d'observations trop restreint pour établir la valeur de la césarienne suprasymphysaire comparativement à ces méthodes.

C. EN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, les indications de la césarienne suprasymphysaire ne se poseront, pour ainsi dire que par élimination.

Trois cas sont à envisager :

Si les conditions d'asepsie sont idéales, la césarienne classique présente des avantages incontestables.

Si la femme est infectée, la césarienne supra-symphysaire, tant extra que trans-péritonéale, est tout aussi contre-indiquée que la césarienne classique.

Si les conditions d'asepsie sont douteuses, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'infection manifeste, mais que le travail dure depuis quelque temps, les membranes étant rompues, la femme ayant subi en ville des examens répétés ou suspects, dans ce cas, la césarienne supra-symphysaire pourra être tentée, mais seulement lorsque l'état des parties molles, le volume de l'enfant, et le degré d'angustie pelvienne la primiparité enfin, auront formellement fait éliminer l'hébotomie.

4° La méthode transpéritonéale paraît préférable à l'extra-péritonéale, celle-ci étant infériorisée par la fréquence des incidents opératoires et particulièrement par les risques de blessure de la vessie.

Vu : le Président de Thèse,

P. BAR.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

(Indépendamment de l'index bibliographique ci-dessous réservé aux articles originaux ou aux revues d'ensemble, nous avons indiqué au cours de la présente étude, des références bibliographiques pour chaque cas ou observations publiés.)

K. BAISCH. — Versammlung deutscher Naturforscher und ärzte in Karlsruhe (in *Zentralblatt f. Gynækologie*, 1911, n° 43).

BARDLEBEN. — Gesellschaft für Geburt. und Gynakologie in Berlin (in *Zentralblatt f. Gynakologie*, 1910, n° 48)

L.-A. BAUDELOÛQUE (Neveu). — Nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne.

— Nouveau moyen pour délivrer les femmes contrefaites à terme et en travail, substituée à l'opération césarienne (gastro-élytrotomie), 1823.

— Opération césarienne, élytrotomie ou section du vagin, précédée ou non de la ligature ou de la compression de l'artère iliaque interne (1844).

CARLES BELL. — *Institutes of Surgery* (1837).

BAYER. — *Archiv. f. Gyn.* Bd XVIII, H. 23.

BAUDIN. — De l'ovotomie abdominale etc. 1873.

BAUMM. — Suprasymphysärer Kaiserschnitt (*Gyn in Ges. Breslau*, 3 déc. 1907, in *Centralb. f. Gyn.*, 1908, n° 12).

— Sechs weitere gut serlaufene Fälle von suprasymphysärer Entbindung und bisher beobachteten Dauererfolge (*Gyn. Gesellsch. in. Breslau*, 17 mars 1908. In *Monatschrift f. Gebur und Gyn.* 1908, vol. XXVIII, page 120.)

— Die suprasymphysäre Entbindung (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 14).

BUMM. — Zur Indikationstellung bei der Pubiotomie (*Zent. f. Gyn.*, 1908, n° 19).

— Der Kaiserschnitt (*Gynak. Kongress in St-Petersburg*, in *Monatschrift f. G. und G.* Bd XXII. Hfh 5).

— Der suprasymphysäre schnitt (*Gesellsch. f. Geb. und Gyn. zu Berlin*, mars 1908. In *Zentralblatt f. Gyn.* 1908, n° 42).

— Zur technik und Anwendung der vaginalen Kaisersc. (*Zentr. f. Gyn.* 1902, n° 52).

BRAXTON-HICKS. — Cité dans Sanger. Der Kaiserschnitt etc. Leipzig. Engelmann. 1882, p. 119.

BLUMREICH. — Zum suprasymphysären Kaiserschnitt. (*Berl. klin Woch.* 1908, p. 1483).

BROUHA. — La césarienne vaginale et l'accouchement à la Boudhdha, d'après Dührssen. (*Le Scalpel et Liège médical*, 1911, p. 594.)

VALÈRE COCQ. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie des ruptures utérines tardives post-césariennes. (*Le Scalpel et Liège médical*, 1911, n° 2).

CZYZEWICZ. — Extraperitonealen Kaiserschnitt (*Zentralb. f. Gyn.* 1908, n° 25).

DUNCAN MC KIM. — The present state of laparo-élytroto-my (*New-York méd. journ.* 1887, II).

DUHRSEN. — Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin, Karger. 1886.

— Die Laparo Kolpo-hysterotomie als neue Therapie des engen Becken, (*Berl. Klin. Woch.* 1905, n° 5).

DOLÉRIS. — Rapport au 5^e Congrès d'obstétrique et de gynécologie de St-Petersbourg. Sep. 1910 in *Gynécologie*, février 1911, page 81.)

DOBBERT. — Ein Fall von Entbindung durch die uterus Bauchdeckenfistel nach Sellheim. (*Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 11).

DODERLEIN. — Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt. *Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 4).

— Ueber Indikation und Technik der Hysterostomotomia. (*Versammlung deutsche Na(ur)fors und Aerzte in Königsberg*. In *Zentr. f. Gyn.* 1910, n° 43).

F. FRANK. — *Zentr. fr. Gyn.* 1881, n° 25.

- Die suprasymphysäre Entbindung und ihr Verhältniss zur den anderen Operationen bei engen Becken. (*Arch. f. Gyn.* 1907. Bd LXXXI, p. 46).

E. FRANK. — Zur technik der suprasymph. Kaiserschnitt. (*Zentralb. f. Gyn.* 1911, n° 6.)

FROMME. — Ueber extraperitonealen Kaiserschnitt. (*Gesell. f. Geb. und Gyn. in Leipzig*, nov. 1907, in *Ber. med. Woch.* 1908, n° 4.)

- Für den extraperitonealen Kaiserschnitt (*Zentralb. f. Gyn.* 1908, n° 17.)

V. FRANQUÉ. — Zur indikations abgrenzung zwischen extrap. Kaisersch. Totalexstirpation nach Kaiserschn. und Schambeinschnitt. (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* 1908. B. 43, p. 37.)

FREUND. — Vollig extraperitoneale Kaiserschnitte (*Zentr. f. Gyn.* 1909, n° 16.)

FRAIPONT. — Quelques méthodes nouvelles d'opération césarienne (« Le Scalpel et Liège médical » . Juillet 1909).

- De l'opération césarienne cervicale suprasymphysaire. (« L'Obstétrique » , juillet 1909).

FRANZ. — Ueber veränderungen der Technik und des Indikationen des Kaiserschnittes (« Praktis. Ergebnisse der Geb. und Gyn. » , 1909, 1^{re} année, 1^{re} partie.)

FRUCHS. — Extraperitonealer Kaiserschnitte nach Latzko-Doderlein. (« Zentr. f. Gyn » , 1909, n° 21).

K. FRANZ et J. VEIT. — « Praktische Ergebnisse der Geb. und Gyn ». Wiesbaden, J.-F. Bergmann, 1909. Ueber Veränderungen der Technik und der Indikationen des Kaiserschnittes.

GARRIGUES. — On gastro-élytrotomy (« New-York méd. journ. », vol. 28, octob. et nov. 1878.)

GUÉNIOT. — De l'opération césarienne et des modifications qu'elle comporte dans son exécution. (« Bull. géu. des thèses », 1870. KXXXIX. 126).

GOTTSCHALK. — Procédé de césarienne pour cas infectés. (« Gesellsch. f. Geb. und Gyn, in Berlin », 11 mai 1910. In « Zentralb. f. Gyn. », 1910, n° 48.)

HOLZALPFEL. — « Zeitsch f. Geb. und Gyn. », Bd 63. H.2.

HAMMETSCHLAG. — Zür Indikation und Technik des suprasymph. Kaisersch. (« Zentr. f. Gyn. », 1908, n° 50.)

HOFMEIER. — Der extraperitoneale und der suprasymph. Kaiserschnitt. (« Zentr. f. Gyn. », 1909, n° 29.)

HANNES. — Was leistet die moderne Therapie bei Placenta prævia ? (« Zentralb. f. Gyn. », 1909, n° 2).

K. HARTMANN. — Ueber wiederholter suprasymph. Entbindung. (« Munich. médiz. Woch », octobre 1900 n° 42),

— Ueber geburten nach suprasymph. Entbindung. (« Zentralbl. f. Gyn. », 1910, n° 28.)

HENKEL. — De la technique de l'opération césarienne. (« Réunion libre des gynéc. de l'Allem. cent. », 7 mai 1911. In « Obstétrique », août 1911.)

JORG. — Versuche und Beiträge geburshilflichen Inhalts.
Leipzig. 1306, p. 263. (« Handbuch der Geburtshilfe », 1807, p. 384.)

JACQUEMIER. — Traité des accouchements. Paris, 1846.
Vol. II, p. 503.

JAHREISS. — Ein Fall von extraperit. suprasym. Kaisersc.
(« Zentrbl. f. Gyn. », 1909, n° 7.)

KEHER. — Ueber ein modifiziertes Verfahren beim Kaisers.
(« Archiv. f. Gynak. » Bd XIX. H. II.)

KRONIG. — Discussion à propos de l'opération de Sellheim.
(« Oberrheinische Gesells. f. Geb. und Gyn », mars
1908. In « Beiträge zur Geburt und Gyn. », 1908,
vol. XIII, p. 328.)

— Zur Behandlung der Placenta prævia (« Zentralbl.
f. Gyn. », 1998, n° 46.)

— Offene Antwort an Herrn Martin (« Monats. f. Geb.
und Gyn. » 1909. Bd XXIX, p. I.)

KUSTNER. — Ueber Sellheim's extraperitonealen cervicalen
Kaiserschnitt. (« Zentral. f. Gyn. » 1909, n° 16).

— Cervicaler Kaiserschnitt. (« Monatsch. f. Geb.
und. Gyn. » Janvier 1909.)

KAHN. — Ein Beitrag zum suprasymphysären Kaiserschn.
(« Zentralbl. f. Gynak. » 1908, n° 50).

KRÖMER. — Zur indikationstellung des extrapéritonéalen
Kaiserschnittes und der subkutanen Pubotomie.
(« Zentralbl. f. Gynak. » 1908, n° 42. « Vo Versam-
mlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln »
sept. 1908.)

- KEHRER. — Historisches and Kritisches über den Kaisers.
(« Beiträge f. Geb. u. Gyn », 1909. Bd XIV.)
- KERMAUNER, V. ROSTHORN, SCHAUTA, LATZKO, etc. —
Ueber der extraperit. Kaiserschnitt. (« Geburtshilf.
Gynakol. Gesellsch. in Wien. », février 1909. In
« Monatse. f. Geb. und. Gyn. » Juin 1909, p. 918.)
- KUSTNER. — Ueber den extraperitonealen Kaiserschnittes ;
Seine Technik und Indikationstellung. (« Munchr.
Mediz. Woch », 24 août 1909).
- C. KNOOP. — Beitrag zur Indikationstellung des extraperi-
tonealen Kaiserschnittes. (« Munch. Méd. Woch. »
1910, n° 6).
- KNEISE. — Zur frage des extraperit. Kaiserschnitt. (« Kon-
gress der deutschen Gesellsch. f. Geb. und Gyn. in
Strasburg », juin 1909).
- LESTOCQUOY. — De la suture vésico-pariétale. (Thèse de
Paris, 1867, n° 237).
- LUCHSINGER. — Ein Fall von extraperitonealen Kaisersch.
nach. Sellheim. (« Zentralb. f. Gyn. » 1908, n° 33.)
- LATZKO. — K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien., in
« Wiener Klinische Woch », 1908, p. 737 et 1034.
- Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt. (« Zentr.
f. Gyn. » 1909, n° 8).
- Der extraperitoneale Kaiserschnitt Seine Geschichte
seine Technik und seine Indikationen. (« Wiener
Klin. Woch. » 1909, n° 14).
- ... Die Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt
bei engen Becken. (« Frauenarzt » 1910. Helt 6.)
- Die Blasentüllung bei meiner Méthode des extrapé-
ritonealen Kaiserschnittes. (« Zentralb. f. Gynak. »
1909, n° 22).

LICHTENSTEIN. — Extraperitonealer Kaiserschnitt und Uterus gefahr bei späterin Entbindungen. (« Zent. f. Gyn. » 1910, n° 26).

M. LIEPMANN. — Zur Kritik und Anatomie eines nach Sholms operierten Falles von Flankenkaiserschnitt. (« Zentralb. f. Gyn. » 1910, n° 37).

LEOPOLD. — Welche Stellung nimmt die Klassische sectio cesarea zur Hebesteotomie und zum extra periton. Kaisersch. ein ? (Arch. f. Gyn. » 1910. H. 2.)

L.-G LITSKUSS. — Der Gegenwartige stand der Frage über den suprasymph. Kaisersch. (« Journ. f. Geb. und Gyn. » 1910, p. 637).

MAX LANGE. — Zu Frage des trans. und extraperit. cervi. Kaiserschnitt. (« Monatsch. f. Geb. und Gynakol. » Bd XXXI. H 5.)

MOREAU. — Traité des accouchements. Paris 1841, vol. II, page 336.

MARTIN. — « Monats. f. Geburtskunde » Bd XXIII. S. 333. 1864.

— Offener Brief an die Herren Professoren Kronig und Sellheim in der Frage der Placenta prævia Therapie. (« Monatsch. f. Geb. und Gyn. » 1908. Bd XXVIII, page 638).

MARIOTON. — Thèse de Paris, 1911.

NUREMBERGER. — Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes. (« Zentralb. f. Gyn. » 1909, n° 26.)

OLSHAUSEN. — Tageblatt der Naturforscher Versammlung in Leipzig. 1872.

PHYSICK IN DEWEES. — A compendious system of midwifery. Philadelphie, 1825, p. 298.

PILORE. — « Monats. f. Geburtskunde » Bd V. Page 217.

PFANNENSTIEL. — Zur indikation und Technik des cervicalen Kaiserschnittes (« Zentralbl. f. Gyn. », 1908, n° 10.)

— Ueber die transpéritoneale sechio cesarea mit. unteren Langsschnitts. (« Deuts. médiz. Woch. » 1908, p. 1718).

— Zur Behandlung der Placenta prævia. (« Monatssch. Geb. u. Gyn. » 1909. Bd XXIX, p. 265.)

O. POLANO. — Sectio cæsarea poster. cervicalen. (« Zentrbl. f. Gyn. » 1911, n° 40.)

PETERS. — Zur sectio cæsarea cervicalis poster, nach Polano. (« Zentralb. f. Gyn. » 1911, n° 45.)

RITGEN. — Die anzeigungen der mechanischen Hilfen bei Enthindungen, Giessen 1820, p. 406 et 441.

— « Heidelberg Klinische Annalen » 1825, p. 266.

RUBESKA. — Sectio coesarea cervicalis (« Zentr. f. Gyn. », 1908, n° 17).

— Wiederholter suprasymph. Kaisersch. (« Zentr. f. Gyn. » 1918, n° 35.)

ARMAND ROUTH. — Der Kaiserschnitt in Gross Britain und Irland. (« Monatssch. f. Geb. und Gyn. » Bd XXXII H. 5).

RICHTER. — Zur Kritik des cervicalen Kaiserschnittes. (« Arch. f. Gyn. » 1910, p. 442.)

RIEK. — Ganzlich extrapérilon. Kaiserschnitt. (« Altonaer Aertzlicher Verein » in « Munch. médiz. Woch. », 1909, n° 50.)

REIFFERSCHIED. — Der extraperitonealer Kaiserschnitt. (« Zentralb. f. Gyn. 1909, n° 33.)

STOLTZ. — « Nouveau dictionnaire de médecine ». Paris, 1867.

SKENE. — « New-York médical journ. » 1874.

— « Améric. journ. of. obst. », février 1875, vol, VII,
« Ibid », vol. X, oct. 1877, p. 623.

SANGER. — « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromer nebst vergleichender method. der sectio cœsarea und der Porro-operation ». Leipzig-Engelman. 1882.

SPAESH. — (« Aertzliches Verein in Hamburg », avril 1908
In « Deutsch. médiz. Wochensch. 1908, p. 1414).

SCHEIDLER. — Der Franksche Uteruschnitt. (« Médiz Klinik. » 1909, n° 5, p. 194.)

SOLMS. — Die anwendung des vaginalen Kaiserschnitt bei engen Becken. (Laparo-Kolpohysterotomie.) (« Berlin. Klin. Woch. », 1909, n° 5).

— Der Flankenkaiserschnitt (« Zentralb. f. Gyn. » 1909 n° 51).

— Zum ausbau der chirurgischen Aera in der Geburtshilfe (« Zentrbl. f. Gyn. », 1910, n° 48).

SCHAUTA. — Ein Wort für den Klassich. Kaiserschnitten. (« Monats. f. Geb. und. und Gyn. » Bd XXXI. H. I.)

SCHEFFEZEK. — Die Uterusnarbe des Korporealen und zervikalen Kaisersch., und ihre Chancen bei späteren Schwangerschaften und Geburten. (« Ztschrift f. Geb. u. Gyn. » 1910. H. 3.)

SELLEIM. — Der extraperitoneale Uterusschnitt. (Zentrbl. f. Gyn. » 1908, n° 5.)

— Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt. (« Centralb. f. Gyn. » 1910, n° 10).

— Die Entbindung durch die « Uterusbauchdeckenfistel ». (« Zentralb. f. Gyn. » 1908, n° 20).

— Anatomische zum Uterusschnitt mit Demonstrationen. (« Verhandlungen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geb. und Gyn. », 22. März 1908, a. Baden-Baden; « Beiträge zur Geb. und Gyn. », 1908. Bd XIII, p. 821.)

— Der Einfluss von Asepsis und Infektion auf die Technik der Entbindung durch Schnitt. (80. « Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte », Cologne, 1908; « Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908, n° 40, p. 1722.)

— Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. (« Zentralbl. f. Gyn. » 1908, n° 40.)

— Eine Offene Antwort auf den offenen Brief des Herrn Professors Martin in Bezug auf die Therapie der Placenta praevia. (« Monatsch. f. Geb. und Gyn. » 1909. Bd XXIX, p. 6.)

SELLHEIM. — Die Blutstillung während der Nachgeburtszeit bei Placenta prævia und tiefen Sitz der Placenta. (« Gynakologische Rundschau » 1909, n° 2.)

— Die Technik des extraperitonealen Uterusschnitt. und der Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. (« Beiträge z. Geb. und Gyn., 1909. Bd XIV, p. 88.)

THOMAS. — Gastro elytotomy, a substitut for the cesarean section. (« Amer. Journ. of Obstetric. » Vol. vi, mai 1870.)

TESTA. — « Studi sulla gastro isterotomie ». Napoli, 1867

TARNIER. — « Gazette des hôpitaux », 1870, n°s 22-24.)

THIES. — Zur Behandlung der Placenta prævia. (« Monat. f. Geb. und Gyn. », 1909. Bd XXIX, p. 270).

THORN W. — Zur Technik des suprasym. Kaiserschnittes. (« Gynak. Rundschau » 3^e année, H. 18.)

UTHMOLLER. — Versuch eines extraperitonealen Kaisersch. nach Sellheim. (« Zentralb. f. Gyn. » 1908, n° 45.)

VEIT. — Der Kaiserschnittes in moderner Beleuchtung. (« Klinische Vorträge », N. F. Nr 515).

WIEMER. — Eine Indikation für den suprasymphysären Kaiserschnittes. (« Zentr. f. Gyn. » 1908, n° 39).

YAMASAKI. — Ueber Geburtsein bei engen Becken. (« Arch. f. Gyn. » 1910. H. 2).

